

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
PRÓ-REITORIA DE PÓS – GRADUAÇÃO E PESQUISA – POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENSINO DE CIÊNCIAS E
MATEMÁTICA – PPGECIMA

JOSÉ WILDSON DOS SANTOS

ENSINO PARA SAÚDE EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE
SERGIPE

São Cristóvão – SE
2017

JOSÉ WILDSON DOS SANTOS

**ENSINO PARA SAÚDE EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE
SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática - PPGECIMA, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Ciências, cultura e saberes científicos e técnicas nas sociedades contemporâneas.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Vasconcelos.

**São Cristóvão – SE
2017**

JOSÉ WILDSON DOS SANTOS

**ENSINO PARA SAÚDE EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE
SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática - PPGECIMA, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre. Área de Concentração: Ciências, cultura e saberes científicos e técnicas nas sociedades contemporâneas.

Resultado:

São Cristóvão, 07 abril de 2017

Banca examinadora:

Prof. Dr. Carlos Alberto de Vasconcelos
PPGECIMA/UFS - Presidente

Profa. Dra. Maria Batista Lima
Membro interno

Profa. Dra. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos
Membro externo

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Santos, José Wildson dos

S237e Ensino para saúde em escolas da rede pública estadual de Sergipe / José Wildson dos Santos ; orientador Carlos Alberto Vasconcelos. – São Cristóvão, 2017.

113 f. ; il.

Dissertação (mestrado em Ensino de Ciências e Matemática) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Ensino de ciências. 2. Saúde - Estudo e ensino. 3. Abordagem interdisciplinar do conhecimento na educação. 4. Escolas públicas. I. Sergipe. II. Vasconcelos, Carlos Alberto, orient. III. Título.

CDU: 5:614(813.7)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENSINO DE CIÊNCIAS E MATEMÁTICA - PPGECIMA



ENSINO PARA A SAÚDE EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE
SERGIPE

APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA EM
31 DE MARÇO DE 2017

PROF. DR. CARLOS ALBERTO DE VASCONCELOS

PROFA. DRA. MICHELE DE FREITAS FARIA DE VASCONCELOS

PROFA. DRA. MARIA BATISTA LIMA

AGRADECIMENTOS

Dizem que a gratidão é o espelho da alma!

Sendo assim, tenho muito o que agradecer a muitas pessoas.

Por toda minha história, nessas quatro décadas de existência, cronologicamente.

Por ser cristão, queria agradecer primeiramente a Jeová, Deus. Obrigado, mesmo!!!

Agradecer àquela que é minha genitora, Dona Deinha. Sem palavras!

Os irmãos e familiares...

Meus amigos e amigas, alguns que por aqui não estão mais, mesmo assim, muito obrigado, por tudo, sério! Até pela ausência, a qual me fez acreditar mais em mim mesmo.

A todos os meus professores, sem exceção de nenhum. De uma forma ou de outra me espelhei em vocês, para sim, ou para não.

Meus alunos, o que seríamos nós professores sem eles, não é mesmo? Obrigado.

Aos colegas. Também. Obrigado.

Agora em especial ao meu querido professor orientador, Carlos Alberto de Vasconcelos – que pessoa incrível, ele tem o dom de acreditar nas pessoas e puxá-las para si – foi assim comigo. Meu querido, Deus te abençoe pelo bem que me fizestes, jamais terei como lhe retribuir o que me concedestes. Cabe-me apenas, grato ser e, agradecer, muito! Obrigado!

Por fim, a minha companheira Monica Alves do Nascimento, por toda a presença em todos os nossos momentos, inclusive naqueles em que estive ‘ausente’. Agradeço-lhe também pelos amores que geramos: Pedro Emanuel e Sofia Ellen – painho e papa.

A minha filha Ana Luiza. Deus te abençoe.

A todos vocês, meu muito obrigado, mesmo!!!

RESUMO

Pensar a forma como o ser humano historicamente tem concebido a saúde requer de nós a necessidade de buscarmos compreender que as ações humanas não se dão isoladas de todo um contexto sociocultural e econômico, mas se desenrolam paulatinamente e concomitantemente ao próprio avanço das sociedades humanas. Pensar saúde requer acima de qualquer coisa pensar o próprio ser humano. Atualmente, ainda buscamos conceber o estar saudável enquanto resultado da razão *ação x reação*, onde a combinação da prática de atividades físicas, cuidados com a higiene pessoal e os bons hábitos alimentares seriam suficientes para não adoecermos. Apresentada dessa forma, além de ser explicada através do reducionismo biológico, a saúde seria de responsabilidade exclusiva das ações individuais. A conceituação apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em meados do século XIX defende que a saúde é um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social, a qual compreendemos inatingível em sua plenitude, mas nos trouxe a necessidade de repensarmos o próprio ser humano, procurando conceber este enquanto um todo composto por diferentes partes, interdependentes e intercomunicáveis. No cenário brasileiro apostamos no texto da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1988, a qual apresenta a saúde enquanto dependente de diferentes condições socioculturais e econômicas e não apenas o reducionismo biológico. Com essas premissas, acreditamos que se torna fundamental para a escola, o *locus* de investigação da presente pesquisa, procurar desenvolver uma política educacional voltada para o ensino da saúde pautado na perspectiva da omnilateralidade, procurando compreender o ser como um todo e a partir daí intervir na perspectiva da totalidade, evitando a fragmentação do conhecimento sem no entanto perder de vista a especificidade de cada área do conhecimento. Compreendido dessa forma, realizamos um diagnóstico referente ao ensino para saúde com nossa amostra de pesquisa, a qual foi composta por docentes de diferentes áreas do conhecimento e que lecionavam no ensino médio no momento de nossa intervenção. Detectados e analisados os possíveis problemas, realizadas as devidas reflexões acerca do ensino para saúde, foram deliberadas através do seminário central ações que procurassem contribuir para a implantação do ensino para saúde em nossa instituição educacional. Sendo assim, contribuir para implantação do ensino para saúde nas escolas da rede pública estadual de Sergipe a partir de ações interdisciplinares, tomando como modelo nossa amostra de pesquisa, foi o objetivo principal da nossa intervenção. A abordagem foi qualitativa, a metodologia utilizada foi o estudo de caso e o método, a pesquisa-ação, a qual se caracteriza enquanto uma ação voluntária, racional e crítica capaz de transformar uma dada realidade a partir da intervenção coletiva e intencional dos pares de uma dada realidade. Acreditamos que se pensarmos o ensino de forma interdisciplinar, procurando compreender a saúde em sua totalidade, podemos contribuir significativamente para a construção da cidadania para saúde dos nossos discentes.

Palavras-Chave: Ensino para Saúde, Interdisciplinaridade, Pesquisa Ação.

ABSTRACT

Thinking about the way in which human beings have historically conceived health, requires us to understand that human actions are not isolated from a whole socio-cultural and economic context, but are gradually and concomitantly unfolding to the very advancement of human societies. Thinking about health requires above all to think about the human being himself. At present, we are still trying to conceive of being healthy as a result of the action vs. reaction reason, in which the combination of physical activity, personal hygiene care and good eating habits would be enough to not be ill and not being considered healthy. Presented in this way, in addition to being explained through biological reductionism, health would be the sole responsibility of individual actions. The concept proposed by the World Health Organization (WHO) in the mid-nineteenth century argues that health is a state of perfect physical, mental and social well-being, which we understand to be unattainable in its fullness, but it has brought us the need to rethink the human being himself, trying to conceive this as a whole composed of different parts, interdependent and intercommunicable. In the Brazilian scenario, we bet on the text of the VIII National Health Conference, held in 1988, which presents health as dependent on different socio-cultural and economic conditions, not just biological reductionism. With these premises, we believe that it becomes fundamental for the school, the research locus of the present research, to seek to develop an educational policy focused on health education based on the perspective of omnilaterality, seeking to understand the whole being and from there, To intervene in the perspective of totality, avoiding the fragmentation of knowledge without, however, losing sight of the specificity of each area of knowledge. Understood in this way, we performed a diagnosis related to health education with our research sample, which was composed of teachers from different areas of knowledge and who taught in high school at the time of our intervention. We detected and analyzed the possible problems and carried out the necessary reflections about health education. Through the central seminar, actions were taken to try to contribute to the implementation of health education in our educational institution. Thus, contributing to the implementation of health education in public schools in the state of Sergipe, based on interdisciplinary actions, and on our sample of research, was the main objective of our intervention. The approach was qualitative, the methodology used was the case study and the method, the action research, which is characterized as a voluntary, rational and critical action capable of transforming a given reality from the collective and intentional intervention of the pairs of A given reality. We believe that if we think about teaching in an interdisciplinary way, trying to understand health in its entirety, we can contribute significantly to the construction of citizenship for our students' health.

Keywords: Health Teaching, Interdisciplinarity, Action Research.

RESUMEN

Pensar la forma en que el ser humano históricamente ha concebido la salud requiere de nosotros la necesidad de buscar comprender que las acciones humanas no se dan aisladas de todo un contexto sociocultural y económico, sino que se desarrollan paulatinamente y concomitantemente al propio avance de las sociedades humanas. Pensar la salud requiere sobre cualquier cosa pensar el propio ser humano. Actualmente, todavía buscamos concebir el estar saludable como resultado de la razón de acción x reacción, en que la combinación entre la práctica de actividades físicas, el cuidado de la higiene personal y los buenos hábitos alimenticios serían suficientes para no enfermarse, para ser considerados saludables. De esta forma, además de ser explicada a través del reduccionismo biológico, la salud sería de responsabilidad exclusiva de las acciones individuales. La concepción presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a mediados del siglo XIX, defiende que la salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, que comprendemos inalcanzable en su plenitud, pero nos ha traído la necesidad de Repensar al propio ser humano, procurando concebir éste como un todo compuesto por diferentes partes, interdependientes e intercomunicables. En el escenario brasileño, apostamos en el texto de la VIII Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1988, la cual presenta la salud como dependiente de diferentes condiciones socioculturales y económicas y no sólo el reduccionismo biológico. Con estas premisas, creemos que se vuelve fundamental para la escuela, el locus de investigación de la presente investigación, procurar desarrollar una política educativa orientada a la enseñanza de la salud pautada en la perspectiva de la omnilateralidad, buscando comprender el ser como un todo y, a partir de ahí, intervenir en la perspectiva de la totalidad, evitando la fragmentación del conocimiento sin, sin embargo, perder de vista la especificidad de cada área del conocimiento. Comprendido de esta forma, realizamos un diagnóstico referente a la enseñanza para la salud con nuestra muestra de investigación, la cual fue compuesta por docentes de diferentes áreas del conocimiento y que enseñaban en la enseñanza media en el momento de nuestra intervención. Detectados y analizados los posibles problemas y realizadas las debidas reflexiones acerca de la enseñanza para la salud, se deliberaron a través del seminario central acciones que buscaban contribuir a la implantación de la enseñanza para la salud en nuestra institución educativa. Por lo tanto, contribuir a la implantación de la enseñanza para la salud en las escuelas de la red pública estatal de Sergipe, a partir de acciones interdisciplinarias, tomando como modelo nuestra muestra de investigación, fue el objetivo principal de nuestra intervención. El enfoque fue cualitativo, la metodología utilizada fue el estudio de caso y el método, la investigación-acción, la cual se caracteriza como una acción voluntaria, racional y crítica capaz de transformar una cierta realidad a partir de la intervención colectiva e intencional de los pares de Una verdadera realidad. Creemos que si imaginamos la enseñanza de forma interdisciplinaria, buscando comprender la salud en su totalidad, podemos contribuir significativamente a la construcción de la ciudadanía para la salud de nuestros alumnos.

Palabras clave: Enseñanza para la salud, Interdisciplinariedad, Investigación Acción.

LISTAS DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 01: Quantitativo Percentual de Professores Participantes por Disciplina	74
Gráfico 02: Percentual de Professores Participantes e Não Participantes da Amostra	75
Gráfico 03: Quantitativo de Professores Participantes por Área do Conhecimento	76
Quadro 01: Compreensão do Termo Promoção da Saúde pela Amostra da Pesquisa	78
Quadro 02: Professores da Amostra que desenvolvem Ações Transversais na Escola	80
Quadro 03: Compreensão dos Professores acerca da Interdisciplinaridade	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Determinantes Sociais da Saúde	48
Figura 2: Diferenças esquemáticas entre Promoção e Prevenção	50

LISTA DE SIGLAS

BDTD – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CERI - Centro para Pesquisa e Inovação do Ensino
EJAEF - Educação de Jovens e Adultos do Ensino Fundamental
EJAEM - Educação de Jovens e Adultos do Ensino Médio
IREPS - Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde
LDB – lei de diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394/96
MEC – Ministério da Educação
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais
PPP – Projeto Político Pedagógico
PSE – Programa Saúde na Escola
QVNRS - Qualidade de Vida não relacionada à Saúde
QVRS - Qualidade de Vida relacionada à Saúde
SUS – Sistema único de Saúde
UFS – Universidade Federal de Sergipe
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
SEÇÃO 1 – METODOLOGIA	23
1.1. Caracterização	24
1.2. O Método Pesquisa-Ação	27
1.2.1. Fase Exploratória	27
1.2.2. Fase Principal	28
1.2.3. Fase de Ação	28
1.2.4. Fase de Avaliação	28
1.3. Definição do Universo e da Amostra da Pesquisa	29
1.4. Coleta de Dados	29
1.3.1. Fase Exploratória	29
SEÇÃO 2 – SAÚDE	34
2.1. Concepções de Saúde e Doença no Transcurso da História Humana	34
2.2. Saúde numa Perspectiva Contemporânea.....	44
2.3. Promoção da Saúde	49
2.4. Qualidade de Vida	55
SEÇÃO 3 – O ENSINO PARA SAÚDE	57
3.1. Integralidade	58
3.2. Interdisciplinaridade	63
3.3. Políticas Públicas para o Ensino da Saúde	67
SEÇÃO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÕES	71
4.1. Fase Principal -.....	73
4.2. Fase de Ação	87
PROVOCAÇÕES FINAIS - Fase de Avaliação	93
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A – Questionários da pesquisa	106
APÊNDICE B – Declaração da Instituição	110

INTRODUÇÃO

Diferentes estudos e avanços científicos e tecnológicos sobre a relação saúde-doença, em especial na área da epidemiologia e imunologia, permitiram o prolongar da expectativa de vida das pessoas, principalmente por ter controlado e reduzido significativamente o avanço das doenças transmissíveis, além de promover esclarecimentos sobre atitudes de riscos, como por exemplo a inatividade física, a má alimentação, insalubridade, uso de drogas e a prática do sexo desprotegido.

No entanto cabe ressaltar que é necessário se romper com o paradigma de conceber a relação saúde-doença apenas como resultado de “[...] um efeito de uma causa (mecanicismo), que sempre tem origem biológica (biologismo) e é exclusiva do indivíduo (individualismo) [...]” (IERVOLINO, p. 12, 2000).

Para Focesi (1990, p. 24),

discutir saúde hoje é falar de um processo extremamente complexo, que extrapola e muito a relação saúde-doença e considera o homem ou as populações frente à sua história; aos seus padrões de desenvolvimento, às suas relações com o mundo; com seu ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida.

Diante do exposto e considerando o *locus* de intervenção da pesquisa, a escola, que por excelência é um local de trato privilegiado com o conhecimento científico, acreditamos, ser pertinente, refletirmos e discutirmos sobre questões e temas relacionadas a problemas de extrema relevância social, aqui em questão a temática saúde. Pretendemos com o presente trabalho através da implementação do ensino da saúde na escola contribuirmos para o desenvolvimento da cidadania dos nossos escolares.

Para tal, é imprescindível realizarmos alguns questionamos iniciais.

Vejamos...

Qual o lugar da Educação no processo de formação dos seus educandos para o exercício da cidadania quando se refere à saúde?

Que ideia ou conceito de saúde temos? Apenas biológico? Ou compreendemos, ou devemos compreendê-la pelo viés da totalidade?

Será que com a fragmentação do conhecimento, a qual promove a superespecialização da nossa formação acadêmica, e conseqüentemente nos tendenciamos a cairmos no ostracismo¹

¹ Ostracismo: Ato ou efeito de mandar embora ou para fora; exclusão, isolamento, proscricção. (MICHAELIS, 2017).

profissional, tornando-nos incapazes de compreendermos a educação como um processo coletivo o qual tem como objetivo maior o aprimoramento da capacidade intelectual dos nossos educandos?

Estamos certos de que para tal, torna-se necessário que a escola consiga promover a transgressão às barreiras que impossibilitam a promoção do contato com o outro, com o diferente, até porque é na escola onde se manifestam os mais plurais personagens, de raças, etnias, credo, orientação sexual, concepções de mundo, aspirações profissionais etc. enfim, de pessoas que se tornam concretas na própria manifestação de seus corpos².

Sobre a possibilidade de se ter na espécie *Homo sapiens sapiens* a existência de subespécies ou raças, como a própria medicina ainda preconceituosamente tenta imprimir em nossos corpos, por exemplo, afirmando que algumas populações humanas têm mais propensão biológica para desenvolver certos tipos de patologias que outras, vertentes da própria medicina já reconhecem que a adoção dessa postura configura-se enquanto biologicamente preconceituosa, visto que, o que realmente precisa se considerar são as influências fenotípicas que dizem respeito às questões socioculturais das diferentes populações humanas paulatinamente atreladas às suas relações com o meio, e não a diferenças genéticas entre seres humanos referentes a ‘cor’ da pele, textura de cabelo ou demais traços que se apresentam enquanto características dos diferentes grupos étnicos.

Sobre essa questão, Pena (2005, p. 324), apresenta os seguintes dados:

Acredita-se que cerca de 90 mil anos atrás alguns grupos humanos emigraram da África para outros continentes, dizimando e substituindo em seu trajeto os homens de Neandertal (*Homo sapiens neandertalensis*) e outras populações arcaicas de *Homo sapiens*. Nesse cenário, todos os seres humanos atualmente vivendo na terra compartilham um ancestral africano relativamente recente. Por baixo da pele, todos nós somos africanos! As diferenças morfológicas que vemos na aparência dos humanos atuais são desenvolvimentos recentes, tendo ocorrido apenas nos últimos 50 mil a 40 mil anos.

Ressalta ainda qual o marcador histórico utilizado enquanto parâmetro taxonômico para classificação humana em diferentes raças.

Pois:

Desde Lineu (1707-1778), muitas classificações taxonômicas dos grupos humanos em ‘raças’ foram feitas, mas provavelmente a mais influente e que surpreendentemente persiste até hoje, foi proposta pelo antropólogo alemão Johan Friedrich Blumenbach em 1795, na terceira edição de seu livro *De Generis Humani Varietate Nativa* (Das variedades naturais da humanidade).

² No presente trabalho utilizaremos o conceito de corpo em consonância com os Parâmetros Curriculares Nacionais de Educação Física, o qual compreende este como “[...] um organismo integrado e não como um amontoado de partes e aparelhos, como um corpo vivo, que interage com o meio físico e cultural, que sente dor, prazer, alegria, medo, etc. (BRASIL, 1997b, p. 46).

Blumenbach descreveu cinco principais raças: caucasóide, mongolóide, etiópica, americana e malaia. A raça que incluía os nativos da Europa, Oriente Médio, Norte da África e Índia foi chamada ‘caucasóide’ porque na opinião de Blumenbach o ‘tipo’ humano perfeito era o encontrado nos habitantes da Geórgia, nas montanhas do Cáucaso, região que ele acreditava ter sido o berço do homem (PENA, 2005, p. 325).

E continua incisivamente remetendo a necessidade da não aceitabilidade da presença de raças no meio da espécie humana, visto que:

A classificação de Blumenbach era calcada na origem geográfica, mas parâmetros morfológicos certamente tiveram grande importância, que, infelizmente, só cresceu com o passar do tempo. No século XIX, o conceito de raça passou a basear-se primariamente nas características morfológicas e cosméticas, como a pigmentação da pele, o tipo facial, o perfil craniano e a quantidade, textura e cor do cabelo. Essas características superficiais possuem força persuasiva porque é relativamente fácil distinguir pessoas com base na aparência física. Com a crescente ênfase na morfologia, as raças classificadas por Blumenbach passaram a ser identificadas com referência às cores da pele: caucasóide tornou-se sinônimo de ‘branco’, e africano (etiópico) tornou-se sinônimo de ‘negro’. (PENA, 2005, p. 325)

Compreendido dessa forma, torna-se necessário que se reconheça a diversidade étnico racial e cultural da espécie humana enquanto uma característica fenotípica a qual determina as diferenças entre os mais plurais grupos humanos, não configurando no entanto, um marcador de discriminação, cabendo assim aos profissionais da Educação a necessidade de procurarem compreender a saúde pelo viés da totalidade, e não apenas pelo viés reducionista dos aspectos biológicos, visto que a própria Biologia já reconhece esse fato como real e necessário.

No tocante ao viés saúde-doença, Palma (2000, p. 97) analisa que “[...] a visão hegemônica aponta [apenas] para um viés biológico e individualizado da doença. Por outro lado, já existem, em várias pesquisas, fortes evidências das relações entre condições socioeconômicas e estado de saúde.”

Sendo assim seria um equívoco, ou no mínimo um reducionismo tentar definir a saúde ou o antagonismo saúde-doença apenas pelo viés biológico, uma vez que aspectos sociais, culturais, econômicos e psíquicos também contribuem para a percepção de saúde e qualidade de vida das pessoas.

Analisando desta maneira, nos cabe a devida compreensão que para o desenvolvimento de uma proposta direcionada à superação de determinadas situações–problema detectadas é preciso compreender a importância do trabalho coletivo, coerente e coeso entre os professores constituintes de uma instituição de ensino, considerando a especificidade de sua área de atuação e reconhecendo o valor do outro, seu par, na construção e reconstrução do conhecimento.

No que concerne à temática saúde, é imprescindível que os educandos compreendam e valorizem as diferentes contribuições advindas das mais plurais especificidades: que o respeito deve ter o mesmo peso que os cuidados para com a saúde física; que a apropriação das normas cultas da nossa língua não devem sobrepor o valor da compreensão e diferenciação de quanto e por quê Maria ganha menos que João; que a Tabela Periódica e os estados físicos da matéria devem ter seu reconhecimento científico e histórico garantidos, assim como o entendimento sociológico das divisões de classes estabelecidas historicamente pelo Homem utilizando como parâmetros, dados referentes à cor da pele, genitália ou falta de apropriação intelectual; que o desenvolvimento da capacidade de fruição seja tão valorizado quanto à necessidade de compreensão das línguas estrangeiras, das vivências da Cultura Corporal de Movimento³, que a apresentação dos dados históricos e geográficos.

Compreendido dessa forma, provavelmente se conseguirá implantar coletivamente a necessidade de se compreender o que é saúde.

Seria isso possível?

Vamos doravante...

Deveria então a escola formar cidadãos partindo da perspectiva da omnilateralidade, a qual, segundo Manacorda (2007, p. 89) é:

[...] a chegada histórica do homem a uma totalidade de capacidades produtivas e, ao mesmo tempo, a uma totalidade de capacidades de consumo e prazeres, em que se deve considerar sobretudo o gozo daqueles bens espirituais, além dos materiais, e dos quais o trabalhador tem estado excluído em consequência da divisão do trabalho.

Marx concebia o ser humano enquanto o único animal dotado da capacidade de poder transcender ao natural, ao biológico. Segundo ele o ser humano ao intervir no natural a partir da força do seu trabalho, da concepção de seu corpo, com a força e a ação do seu organismo, transformava o natural no cultural, tornando-o útil ao humano, sendo humano ao produzir humanidades.

Sendo assim, a escola para Marx, deveria possibilitar a relação entre saber e fazer, entre teoria e prática; práxis, que seria a “[...] atividade material do homem, que transforma o mundo natural e social para fazer dele um mundo humano” (VÁZQUEZ, 1977, p. 117). Para Gramsci

³ O termo “cultura corporal de movimento” foi proposto por Valter Bracht (1992) e Paulo Betti (1996) e se refere a todo o conhecimento corporal e simbólico, ligado à educação, lazer ou rendimento produzido, acumulado e devidamente transformado pelo ser humano em seu transcorrer histórico. Segundo BRACHT (1999, p. 45) “o movimentar-se [aqui] é entendido como forma de comunicação com o mundo que é constituinte e construtora de cultura, mas também possibilitada por ela”.

(1995, p. 51), a práxis seria “um ato crítico, pelo qual se demonstra que a prática é racional e necessária ou que a teoria é realista e racional”.

E, “[...] por ensino compreendem-se três coisas: ensino intelectual; físico; e tecnológico” (MARX, 1983, p.83, 84). Devendo a escola promover “[...] o ensino e a ginástica”, a qual deve-se conceber essa associação enquanto uma ação de totalidade (MARX, 1984, p.554).

É somente graças à riqueza objetivamente desenvolvida da essência humana que a riqueza da sensibilidade *humana* subjetiva é em parte cultivada, e é em parte criada, que o ouvido se torna musical, que o olho percebe a beleza da forma, em resumo, que os *sentidos* se tornam capazes de gozo humano, tornam-se sentidos que se confirmam como forças essenciais *humanas*. Pois não só os cinco sentidos, como também os chamados sentidos espirituais, os sentidos práticos (vontade, amor, etc.), em uma palavra, o sentido *humano*, a humanidade dos sentidos, constituem-se unicamente mediante o modo de existência de *seu* objeto, mediante a natureza *humanizada*. A *formação* dos cinco sentidos é um trabalho de toda a história universal até nossos dias (MARX, 1978a, p. 12).

Apenas homens em constante processo de transformação conseguem intervir estimulando outros homens a perceberem que também são capazes de mudarem sua realidade, seu mundo.

Já para Gramsci apud Jesus (2005, p. 26), é fundamental que o professor compreenda que a “elaboração superior da própria concepção do real: a consciência de fazer parte de uma determinada força hegemônica, a consciência política, é a primeira fase de uma ulterior e progressiva autoconsciência, na qual teoria e prática finalmente se unificam”. Sendo assim, na filosofia da práxis defendida por Gramsci é importante que o professor se veja enquanto um ser político, um ser social e, portanto consciente de seu potencial de intervir no mundo, de promover a reflexão, a mudança. Para Baptista, (2010, p. 181), “O ser professor surge, portanto, do ser social, do ser político, e não ao contrário”.

A par da necessidade de desenvolvermos uma visão global sobre a Educação de forma geral, e sobre o ensino para a saúde de ordem mais específica, sabe-se que na escola os conteúdos voltados para a temática saúde historicamente estiveram atrelados às disciplinas de Programas de Saúde, Ciências, Biologia e também à Educação Física, quando esta tinha um viés prioritariamente higienista dando ênfase ao aspecto físico do corpo humano e utilizava as práticas de atividades físicas apenas no intuito de fortalecer o corpo, seja para fins militares, para melhoramento genético (eugenia)⁴, aprimoramento do potencial intelectual ou formação

⁴ O processo de ‘branqueamento’ ou ‘melhoria’ da população brasileira que permeou o pensamento filosófico da classe burguesa no início do Brasil República, se configurava como a tentativa do poder dominante de conseguir, através da eugenia, o melhoramento genético do povo brasileiro. A eugenia seria então “A busca incansável do homem pela melhor compleição física e mental dele próprio e de sua descendência [...] com base em argumentos

de mão de obra sadia, ambos fins utilitários preocupados unilateralmente em contribuir para o processo de crescimento da economia nacional.

As disciplinas de Ciências (Ensino Fundamental) e Biologia (Ensino Médio) nos apresentavam, e de certa forma ainda nos apresenta, a saúde pela completude física, onde a suposta ausência de agravos no arcabouço físico humano seria o necessário para uma pessoa ser considerada saudável.

Será?

Em nossa contemporaneidade, ações de estímulo aos bons hábitos de saúde na escola, incidem em visitas de profissionais da saúde, em momentos sazonais, para averiguarem, mensurarem, diagnosticarem ou exporem didaticamente prováveis riscos de danos à saúde. Compreendido assim, é necessário que o ensino para saúde também se dê pelo viés da intersectorialidade, o qual inclusive, se instaurou no Brasil desde os primórdios da Segunda República, e implica em uma “[...] intervenção intersectorial [aqui em específico entre a Saúde e Educação], baseada em uma visão holística⁵ de saúde (SANTOS ET AL, 2011, p. 289). Visto que a própria medicina decretou uma crise, crise esta que busca mudar seu paradigma de hospitalocêntrico para o biopsicossocial.

Visto dessa forma não convém à escola querer tratar a saúde apenas pelo paradigma exclusivamente biológico, quando a própria medicina já estabelece que a saúde deve ser compreendida através das diversas relações que o ser estabelece consigo mesmo, com seus semelhantes e com seu meio, tornando-o um ser biopsicossocial, conforme fora anteriormente mencionado.

Sendo assim, é importante que a ação transformadora da educação, em sua práxis educativa, o processo de ensino-aprendizagem, se dê através da compreensão da totalidade a partir da junção de todas as partes, necessitando de que todos empreendam para o desenvolvimento e aprimoramento da capacidade do fazer docente e da intervenção pedagógica coletivos.

No âmbito escolar denomina-se isso por interdisciplinaridade, o que para Trindade (2008, p.65),

científicos e a esperança de melhorar e aperfeiçoar a espécie humana através do controle reprodutivo dos indivíduos.” (MAI & ANGERAMI, 2006, p. 252).

⁵ O paradigma holístico emerge de uma crise da ciência, de uma crise do paradigma cartesiano-newtoniano, que postula a racionalidade, a objetividade e a quantificação como únicos meios de se chegar ao conhecimento. Esse paradigma busca uma nova visão, que deverá ser responsável em dissolver toda espécie de reducionismo. A holística força um novo debate no âmbito das diversas ciências e promove novas construções e atitudes. (TEIXEIRA, 1996, p. 286)

pressupõe uma desconstrução, uma ruptura com o tradicional e com o cotidiano tarefeiro escolar. O professor interdisciplinar percorre as regiões fronteiriças flexíveis onde o "eu" convive com o "outro" sem abrir mão de suas características, possibilitando a interdependência, o compartilhamento, o encontro, o diálogo e as transformações. Esse é o movimento da interdisciplinaridade caracterizada por atitudes ante o conhecimento.

Ivani Fazenda (2002, p. 180) defende que a “[...] interdisciplinaridade pauta-se numa ação em movimento. Pode-se perceber esse movimento em sua natureza ambígua, tendo como pressuposto a metamorfose, a incerteza”. Vale ressaltar então que os profissionais da Educação se sintam dispostos a se desafiar, a quererem mudar, a se debruçarem na dialógica do convencimento, para então melhorar qualitativamente as instituições formais de ensino.

Concorda-se então com Paulo Freire quando ele concebe à educação o que lhe é de direito e dever, a ação dialógica, a capacidade de compreender a relação entre o fazer e o pensar. No entanto, não se pode esquecer que enquanto ação, o verbo só se concretiza em sua práxis. Pois,

[...] a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda. Se a nossa opção é progressista, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho senão viver plenamente a nossa opção. Encarná-la, diminuindo assim a distância entre o que dizemos e o que fazemos. (FREIRE, 2000, p. 67).

Desta feita, concebe-se, enquanto problema do nosso estudo quais as possibilidades de potencialização para a implantação do ensino para saúde em uma escola da rede pública de Sergipe, a partir de ações didático-pedagógicas interdisciplinares?

A par do problema, e que obviamente necessita de investigação, são apresentados a seguir os objetivos.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar as possibilidades de potencialização para a implantação do ensino para saúde em uma escola da rede pública de Sergipe, a partir de ações didático-pedagógicas interdisciplinares.

Enquanto objetivos específicos elencam-se os seguintes:

- Discutir acerca da saúde como uma elaboração humana dependente de diferentes variáveis, e não apenas a biológica.
- Analisar a relevância do trabalho interdisciplinar na prática docente voltada para o ensino da saúde.
- Elaborar coletivamente uma proposta de ensino da saúde voltada para a valorização das partes na composição do todo.

No que se refere à necessidade de se promover uma ação dialógica pensada coletivamente com todos os atores do processo de ensino-aprendizagem, far-se-á uso da Pesquisa-Ação, pois para Thiollent (2011), neste método o pesquisador não deve se comportar como alguém estranho à realidade do seu objeto de pesquisa, mas procurar fazer parte do processo ao qual deseja transformar, mediatizando com todos os atores sociais sobre os possíveis problemas como também as reais e alcançáveis possibilidades de modificação qualitativa do que se deseja transformar ou modificar.

Diante do exposto, neste trabalho, apresento-me enquanto pesquisador e simultaneamente me reconheço sujeito da pesquisa, visto que compreender a saúde de forma mais ampla e global também se tornou uma necessidade pessoal.

Desta forma, a temática da saúde sempre me encantou, talvez por ser professor de Educação Física e naturalmente trabalhar na escola pública por mais duas décadas com questões direcionadas ao corpo e suas representações sociais.

Professor da rede pública de ensino desde o ano de 1996, tenho a satisfação de ter em meu currículo a experiência de ter ministrado aulas desde os primeiros anos do Ensino Fundamental, passando pelo fundamental II (6º ao 9º ano), EJAEF (Educação de Jovens e Adultos do Ensino Fundamental), EJAEM (Educação de Jovens e Adultos do Ensino Médio), Ensino Médio – minha atual ocupação docente na rede pública, até o ensino superior (Especialização em Fisiologia do Exercício), acredito que toda esse contato com essa pluralidade contribuiu muito na minha formação profissional, e em todas elas desenvolvo a temática da saúde.

Reconheço que minha motivação para a temática do estudo sobre a saúde iniciou-se quando me vi encantado pelo corpo humano ao cursar as disciplinas de Anatomia e Fisiologia Humana, dentro da minha graduação em Educação Física na Universidade Federal de Sergipe (UFS), e foi como me comportei profissionalmente por quase duas décadas de atuação docente.

Premiado no ano de 2012 na Semana Nacional de Ciência e Tecnologia na categoria de Projeto Educacional Interdisciplinar no Ensino Médio intitulado '*Saúde e Qualidade de Vida se aprendem na Escola*', a partir de então despertei para a necessidade de ressignificar a saúde em minha atuação profissional.

Paulatinamente a esse momento, comecei a perceber uma certa relutância dos colegas das demais disciplinas em tratar a saúde em suas aulas vistos relatarem que a mesma se apresentava, no entendimento de então, atrelada à área ou das Ciências Biológicas ou da Educação Física.

Desta forma, acredito que com minha própria maturidade profissional, baseada agora em uma melhor fundamentação epistemológica, eu consiga convencer outros colegas para a concreta possibilidade de realizarmos reflexões pedagógicas buscando implementar o ensino para a saúde em nossa escola, de forma coletiva respeitando a especificidade de cada componente curricular.

A partir da contextualização explicitada anteriormente, o presente trabalho encontra-se estruturado em diferentes partes que se convergem para o tema central que é o ensino para saúde, a saber: INTRODUÇÃO, são apresentados a justificativa, problema, objetivos da pesquisa e motivação pessoal; **Seção 1. METODOLOGIA**, caracterização da pesquisa, identificação da amostra e do local da intervenção e indicação dos procedimentos metodológicos adotados; **Seção 2. SAÚDE**, descrição de breve transcurso histórico da saúde através da história humana, e possível definição contemporânea para a saúde, questionando o reducionismo biológico, procurando identificar seus diferentes determinantes; **Seção 3. O ENSINO PARA SAÚDE**, apresenta os elementos epistemológicos necessários para que possam consubstanciar uma proposta de implementação do ensino para a saúde na escola; **Seção 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**, onde foram realizadas as devidas análises referentes à coleta dos dados, proposição de intervenção e apresentação dos respectivos resultados observados; 6. **PROVOCAÇÕES FINAIS**, realização das necessárias avaliações, provisórias conclusões, além de se provocar reflexões voltadas para a problemática da implantação do ensino para saúde na escola; por fim, nos itens 7 e 8 encontram-se as **REFERÊNCIAS** e **APÊNDICES**, respectivamente.

1. METODOLOGIA

1.1 Caracterização

O presente estudo caracterizou-se enquanto uma pesquisa de abordagem qualitativa, no qual se compreende que a contextualização de uma dada situação social não pode ser definida através de dados quantitativos, mas requer o diagnóstico e intervenção pelo viés das ciências sociais para não apenas diagnosticar, mas também promover mudanças nas situações problemas encontradas.

Para Gil (1999), é certo que as Ciências Sociais, não recebem o mesmo prestígio que as Exatas dentro do próprio meio acadêmico. No entanto torna-se necessário considerar que,

Os fenômenos humanos não ocorrem de acordo com uma ordem semelhante à observada no universo físico, [pois estas] lidam com entidades que não são passíveis de quantificação [...]. [E] “pesquisadores sociais, por serem seres humanos [e os das exatas não os são?], trazem para as suas investigações certas normas implícitas [de valores] prejudicando os resultados de suas pesquisas [...]. [Torna-se necessário compreender que os] fenômenos sociais, [...] envolvem uma variedade tão grande de fatores que tornam inviável, na maioria dos casos, a realização de uma pesquisa rigidamente experimental. (p. 21, 22).

No entanto, observa-se um aumento cada vez maior de pesquisadores utilizarem os métodos da pesquisa qualitativa, em especial os da área da Educação, Saúde, Tecnologia e Organizações. Muitos já concordam que apesar das técnicas da pesquisa qualitativa diferirem das utilizadas em outros métodos, “[...] essa diferença não significa que a pesquisa qualitativa não se constitua enquanto ciência (ou seja, investigação sistemática).” (THOMAS, NELSON & SILVERMAN, 2012, p. 236).

Enquanto método, utilizou-se a pesquisa-ação, onde segundo Nunes & Infante (1996, p. 97), esta “[...] metodologia [a forma de fazer] Pesquisa-Ação busca desenvolver técnicas e conhecimentos necessários ao fortalecimento das atividades desenvolvidas”.

Associa-se a nossa intervenção, a metodologia do Estudo de Caso por estarmos preocupados na consubstanciação do fazer científico, visto que Tripp (2005, p. 459), aponta que:

Pode-se não conseguir uma dissertação mediante a realização de uma pesquisa-ação, mas sim completar um estudo de caso da pesquisa-ação realizada. Isso significa que há na verdade duas metodologias a serem descritas e justificadas numa proposta de pesquisa-ação: os processos de pesquisa-ação a serem utilizados em campo e o método de estudo de caso

(narrativo) que será empregado para contar a história do projeto e de seus resultados. Uma proposta de pesquisa-ação é, pois, diferente de outros tipos de proposta na medida em que uma proporção muito maior dela é mais metodológica do que substantiva, o que é o contrário de uma proposta de pesquisa tradicional.

Para a composição do corpo teórico da nossa pesquisa, realizamos pesquisas eletrônicas no portal de periódicos da CAPES, Scielo e Google Acadêmico com os indexadores ‘saúde/escola’, ensino/saúde, health/education, educación/salud; e no banco de teses e dissertações da CAPES e da BDTD/UFS com as expressões: ‘Promoção da Saúde’ e ‘Saúde na Escola’.

O critério de escolha foi a relevância dos referidos trabalhos na contribuição para uma proposta de ensino para a saúde na escola norteadas pela interdisciplinaridade, compreendendo a totalidade do conhecimento a partir de suas partes.

Tendo como objeto de estudo as possibilidades de implantação do ensino para saúde na rede pública através de intervenções interdisciplinares, foi necessária ainda a devida análise de documentos oficiais como a Constituição Federal de 1988, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9394/96), os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), o Programa Saúde na Escola (PSE), as Diretrizes Curriculares do Estado de Sergipe e o próprio Projeto Político Pedagógico da escola, local da intervenção.

Referindo-se novamente a Pesquisa-ação, Nunes & Infante (1996, p. 97), apontam que a forma de fazer Pesquisa-Ação se configura,

Utilizando dados/achados da própria organização e valorizando o saber e a prática diária dos profissionais envolvidos, aliados aos conhecimentos teóricos e experiências adquiridas pelos pesquisadores, essa metodologia constituirá um novo saber que aponta propostas de solução dos problemas diagnosticados.

Para Severino (203, p. 120),

A pesquisa-ação é aquela que, vai além de compreender, visa intervir na situação, com vistas a modificá-la. O conhecimento visado articula-se a uma finalidade intencional de alteração da situação pesquisada. Assim, ao mesmo tempo que realiza um diagnóstico e a análise de uma determinada situação, a pesquisa-ação propõe ao conjunto de sujeitos envolvidos mudanças que levem a um aprimoramento das práticas analisadas.

Segundo Gil, (1999, p. 46), “a pesquisa-ação [...] se caracteriza pelo envolvimento dos pesquisadores [e participantes] no processo de pesquisa”. Ainda segundo o mesmo autor, a

técnica da pesquisa-ação promove um distanciamento dos princípios da pesquisa acadêmica, descaracterizando-a, a seu ver, enquanto uma técnica científica.

Barbier, (2007, p. 19) conceitua a pesquisa-ação fazendo uso de Blum, o qual utiliza Dubost, afirmando que: “[...] a pesquisa-ação é a revolta contra a separação dos fatos e valores [...] é um protesto contra a separação de pensamento e da ação, que é uma herança do *laissez-faire* do século XIX. Ainda segundo ele, “O pesquisador em pesquisa-ação é, antes de tudo, um sujeito autônomo e, mais ainda, um autor de sua prática e de seu discurso”.

Ainda para Barbier (2007), faz-se necessário estabelecer quatro temáticas centrais sobre e para a utilização e desenvolvimento do método pesquisa-ação, que são:

- 1) Identificação do problema e contratualização: contextualização da situação problema e delimitação das ações de cada componente do pesquisador coletivo – conjunto de todos os personagens envolvidos na trama para a melhoria da realidade social.
- 2) Planejamento e realização em espiral: instauração de permanentes discussões sobre a realidade percebida e constantes elaborações de diagnósticos para tomadas de decisão (ação qualitativa).
- 3) Técnicas de pesquisa-ação: são aceitas todas as técnicas usuais em Ciências Sociais, e a autora restringe-se em falar de duas técnicas que parecem específicas à pesquisa-ação: a observação participante e o diário de itinerância.
- 4) Teorização, avaliação e publicação dos resultados: na pesquisa-ação, observa-se que a teoria decorre da avaliação permanente da ação. Aqui, em forma de espiral, conforme aponta a própria autora, sucessivamente aparecerão, situação problemática, planejamento e ação 1, avaliação e teorização, retroação sobre o problema; planejamento e ação 2, avaliação e teorização, retroação sobre o problema; planejamento e ação 3, avaliação e teorização, retroação sobre o problema; e assim sucessivamente.

Segundo Thiollent (1997, p. 36), a pesquisa-ação “[...] requer, no mínimo, a definição de vários elementos: um agente (ou ator), um objeto sobre o qual se aplica a ação, um evento ou ato, um objetivo, um ou vários meios, um campo ou domínio delimitado”.

Para o referido autor, a estruturação do “[...] projeto de pesquisa-ação não [tem] forma totalmente definida” (2009, p. 45), sendo assim seguiu-se a orientação dada por esse autor o qual descreve que a pesquisa-ação deva ter no mínimo quatro grandes etapas ou fases. São elas:

- 1) Fase Exploratória, ou diagnóstica, nessa etapa o pesquisar juntamente com os colaboradores da pesquisa – o que Barbier chama de Pesquisador Coletivo⁶, levantam os principais problemas

⁶ Para Barbier, o pesquisador coletivo se configura “[...] a partir dos membros envolvidos em resolver o problema”. (BARBIER, 2007, p. 121)

encontrados, bem como as possibilidades de ação para melhoria do quadro diagnosticado; 2) Fase de Pesquisa Aprofundada, nesse momento o pesquisador juntamente com os membros representantes das categorias da comunidade em questão realizarão diferentes intervenções e observações, fazendo uso dos mais diferentes tipos de instrumentos para coleta de dados, para posterior análise e interpretação destes dados pelo pesquisador e grupos participantes; 3) Fase de Ação, consiste na divulgação dos resultados coletados, bem como definição dos objetivos e proposição de ações concretas para serem deliberadas coletivamente na busca por melhorias das situações problemas detectadas; 4) Fase de Avaliação, consiste prioritariamente em analisar todo o processo, avaliando como se encontra a realidade após a intervenção deliberada coletivamente, podendo redirecionar para um nova Ação caso haja necessidade.

A par destas informações, e conforme fora mencionado anteriormente, foi eleita a pesquisa-ação enquanto método para esta pesquisa por se estar de acordo que “[...] pesquisa e ação podem e devem caminhar juntas quando se pretende a transformação da prática. No entanto, a direção, o sentido e a intencionalidade dessa transformação serão o eixo da caracterização da abordagem da pesquisa-ação.” (FRANCO, 2005, p. 485).

A intervenção deu-se na perspectiva da dialogicidade, onde segundo a mesma autora,

[...] se essa transformação é percebida como necessária a partir dos trabalhos iniciais do pesquisador com o grupo, decorrente de um processo que valoriza a construção cognitiva da experiência, sustentada por reflexão crítica coletiva, com vistas à emancipação dos sujeitos e das condições que o coletivo considera opressivas, essa pesquisa vai assumindo o caráter de criticidade e, então, tem se utilizado a conceituação de pesquisa-ação crítica. (FRANCO, 2005, p. 486).

Está-se certo de que a teoria deve guiar a prática, do mesmo modo que o discurso não deve ser incoerente com a prática. ,

A questão da coerência entre a opção proclamada e a prática é uma das exigências que educadores críticos se fazem a si mesmos. É que sabem muito bem que não é o discurso o que ajuíza a prática, mas a prática que ajuíza o discurso. (FREIRE, 1988, p. 25).

Compreendido dessa forma foi desenvolvido um diálogo constante com nossa amostra de pesquisa, a qual somos membros constituintes, pois pertencemos à equipe docente e coletivamente deliberamos a busca por melhorias qualitativas voltadas não apenas para a percepção sobre a saúde, mas também sobre o processo de ensino da saúde.

Desta forma, concebe-se a educação, portanto como a práxis coletiva de todos os sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, os quais se caracterizam por seus protagonistas - docentes e discentes.

1.2 O Método Pesquisa-Ação

Conforme mencionado anteriormente, nos basearemos na proposta metodológica de Thiollent (2011) para o desenvolvimento de nossa intervenção exploratória, a qual consistirá em fases que serão descritas a seguir:

1.2.1 Fase Exploratória

Nessa etapa, tendo previamente elencado o tema da pesquisa e a par das informações advindas não apenas dos sujeitos da pesquisa, mas também dos dados devidamente observados *in locus*, levantou-se um diagnóstico da situação atual, caracterizando prováveis problemas observados e concomitantemente elencando metas para alcançar os objetivos propostos. Também formamos o nosso grupo de pesquisadores locais, ou aquilo que Barbier (2007) chama de Pesquisador Coletivo. Para Thiollent (2011), o pesquisador coordenador da intervenção deve escolher intencionalmente os membros que ele julgue serem representativos aos grupos aos quais pertencem, estes poderão compor a equipe no Seminário Central⁷, o qual será o cerne do desenvolvimento da pesquisa. Para os colaboradores previamente elencados foi aplicado um questionário semiestruturado composto por quatro questões voltadas à temática pesquisada.

Ainda dentro da Fase Exploratória, serão apresentados a seguir os elementos norteadores do método pesquisa-ação da intervenção:

Tema da Pesquisa

O ensino para saúde no Colégio Estadual Manuel Bomfim.

Problemática da Pesquisa

Como deve o corpo docente proceder para o alcance da implantação do ensino para saúde em uma escola da rede pública de Sergipe a partir de ações didático-pedagógicas interdisciplinares?

Objetivos da Pesquisa

⁷ Segundo Thiollent o “[...] seminário central reúne os principais membros da equipe de pesquisadores e membros significativos dos grupos implicados no problema sob observação. O papel do seminário consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação” (2001, p. 67).

Objetivo Prático: Promover reflexões pedagógicas voltadas ao ensino para saúde, de forma interdisciplinar, procurando levar aos escolares a compreensão do todo a partir do conjunto de suas partes.

Objetivo de Conhecimento: Analisar as possibilidades de potencialização para a implantação do ensino para saúde em uma escola da rede pública de Sergipe, a partir de ações didático-pedagógicas interdisciplinares.

1.2.2 Fase Principal

Nesta etapa do método pesquisa-ação realizou-se a coleta de dados, os quais servirão como diretrizes para o planejamento da etapa seguinte. Após a coleta e análise dos dados pode-se vislumbrar os reais problemas encontrados e a partir de então foram deliberadas ações que promovessem melhorias no processo de ensino-aprendizagem, primando pela compreensão da saúde enquanto elemento intrínseco em todas as esferas do conhecimento.

1.2.3 Fase de Ação

Esta etapa se configura como a tentativa de resolução dos problemas encontrados utilizando para isso as necessárias ações deliberadas coletivamente por todos os membros do pesquisador coletivo dentro do seminário central. Nessa etapa, a par dos dados coletados, foram desenvolvidas ou pensadas as seguintes ações: 1) contextualização histórica da prática pedagógica voltada para o ensino da saúde; 2) proposição de alternativas pedagógicas para a prática; 3) planejamento e execução de práticas pedagógicas deliberadas coletivamente.

1.2.4 Fase de Avaliação

A pesquisa-ação se configura segundo Barbier (2007) enquanto um método cíclico, sendo realizado em espiral, tornando necessário que o pesquisador avalie constantemente se as ações implementadas promoveram os resultados esperados, ou se há a necessidade de implementar novas ações que possam colaborar na resolução dos problemas encontrados. Após o pesquisador observar que os possíveis problemas foram momentaneamente solucionados ele pode dar a pesquisa-ação por realizada, e pensar então em publicar o seu trabalho, dispondo-o em bancos de dados para posteriores consultas. No presente trabalho denominamos a Fase de Ação por ‘Provocações Finais’.

1.3 Definição do Universo e da Amostra da Pesquisa

O universo desta pesquisa foi constituído por todos os docentes lotados no Colégio Estadual Manuel Bomfim, localizado na cidade de Arauá, rua João Nascimento Costa, 141, Centro, distante aproximadamente 105 km de Aracaju, capital do estado de Sergipe.

A amostra, refere-se aos docentes que atuam especificamente nas turmas de Ensino Médio em ambos os turnos de funcionamento e oferta deste na referida instituição de ensino, e que no ano de 2016 contava com 517 (quinhentos e dezessete discentes, 236 nas 1^{as} séries, 163 nas 2^{as} séries e 118 nas 3^{as} séries) alunos devidamente matriculados nas 15 turmas de Ensino Médio ofertadas nos turnos vespertino (1^{as} A, B, C, D; 2^{as} A, B, C; 3^{as} A, B) e noturno (1^{as} E, F; 2^{as} D, E; 3^{as} C, D).

Por convenção, optamos em categorizar os docentes participantes de nossa amostra de pesquisa seguindo a orientação do Ministério da Educação - MEC (BRASIL, 2010) no que diz respeito à proposta do novo Ensino Médio, a qual divide o conhecimento em diferentes áreas. São elas: Linguagens Códigos e suas Tecnologias (Língua Vernácula, Línguas Estrangeiras, Educação Física e Arte); Ciências da Natureza (Biologia, Química, Física), Matemática e suas Tecnologias; Ciências Humanas e suas Tecnologias (História, Geografia, Sociologia e Filosofia).

O quantitativo de docentes que ministravam aulas no Ensino Médio foi de 12 na área de Linguagens, Códigos e suas Tecnologias; 11 na área de Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias; 08 em Ciências Humanas e suas Tecnologias.

1.4 Coleta dos Dados

1.4.1 Fase Exploratória

Para a composição do grupo de pesquisadores do seminário central da nossa pesquisa foram escolhidos intencionalmente quatro docentes, cada um pertencente a uma subárea do conhecimento tratado no Ensino Médio, com exceção da área das Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias a qual foi representada por dois docentes. Na tentativa de preservar a integridade dos docentes optou-se para identificá-los por algarismos alfanuméricos. Sendo assim, o professor A1 representou todos os docentes de Linguagens, Códigos e suas Tecnologias; os professores B1 e B2 representaram os docentes de Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias; o professor C1 os de Ciências Humanas e suas Tecnologias. Foi aplicado um questionário inicial (Anexo 1) composto por quatro questões abertas para fins de diagnóstico, ambas voltadas não só

para se observar a compreensão sobre a temática saúde, e ensino para saúde, como também a apropriação e ação praxiológica do ensino para saúde por esses docentes.

Avaliação Diagnóstica

O principal objetivo da fase diagnóstica foi suscitar a discussão frente à necessidade da melhoria no processo de ensino-aprendizagem na citada instituição de ensino, trazendo à tona questões referentes à percepção dos docentes frente: a) à qualidade do ensino; b) ao desenvolvimento do trabalho docente de forma coletiva; c) às dificuldades para ações interdisciplinares; d) à temática do ensino para saúde – foco principal da pesquisa. Os critérios para a escolha dos respectivos professores enquanto representantes das áreas do conhecimento inseridas na escola (BRASIL, 2010), foram os fatores, subjetividade do pesquisador, por este considerar que os mesmos eram representativos em suas respectivas áreas do conhecimento dentro do espaço escolar; e o fato dos docentes apresentarem, conforme observação, bom nível de relacionamento com seus respectivos colegas, que contribuiu significativamente para o diálogo e conversação destes quando se realizou a coleta de dados da *Fase Principal*. O questionário conforme posteriormente especificado, foi composto por quatro questões abertas, além do item Identificação. Para melhor compreensão da coleta dos dados para a Avaliação Diagnóstica - dentro da *Fase Exploratória*, seguem abaixo as questões, e as respostas dos respectivos professores.

Questão 01 - Caro professor/professora, quais seriam os possíveis motivos que poderiam mobilizar os docentes para a melhoria da qualidade do ensino em sua instituição?

No tocante a esse questionamento, o professor A1, representante das Linguagens, Códigos e suas Tecnologias acredita que há uma deficiência no processo de ensino e o que mais o preocupa é que ele não consegue visualizar melhorias a curto prazo. Já os professores representantes da área de Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias afirmaram que os principais motivos que dificultam a melhoria da qualidade do ensino em sua instituição é a negação aos direitos dos docentes e a questão da infraestrutura (B1), como também a falta de planejamento coletivo e a necessidade de maior participação dos professores na vida escolar dos discentes, procurando, segundo o professor B2, auxiliar na superação de *'deficiências deixadas ao longo do*

processo de ensino aprendizagem'. O professor C1, das Ciências Humanas e suas Tecnologias foi enfático ao afirmar que os principais motivos são valorização e respeito.

Questão 02 – Como você concebe o trabalho interdisciplinar enquanto instrumental docente e pedagógico para a melhoria do processo de ensino em sua instituição educacional?

O professor B1 vislumbra que o trabalho interdisciplinar carece de uma maior entrega por parte dos professores, como também segundo o mesmo, necessitava de acompanhamento dos '*agentes mediadores do conhecimento*'. Há uma concordância na fala do B2 com as afirmações do professor B1 no que se refere à necessidade de maior dedicação dos professores em trabalhar de forma coletiva. Para ele os principais entraves para essa superação são as questões físicas, metodológicas e ideológicas. Os professores A1 e C1 concordam, apesar de utilizarem discursos diferentes, afirmando que o trabalho coletivo é fundamental para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem, mas não apontam caminhos ou dificuldades observadas ou percebidas.

Questão 03 – Quais seriam, a seu ver, os principais motivos que dificultam o trabalho interdisciplinar em sua instituição de ensino?

O professor A2 apontou que além dos fatores pessoais ou profissionais, como um outro vínculo empregatício por exemplo, que dificultam a maior participação do corpo docente nas reuniões, este e a falta de planejamento coletivo são os principais motivos para o desenvolvimento de ações coletivas em sua instituição de ensino. O professor A1 afirmou que o principal motivo era o fato de cada um ter '*diferentes concepções que parte dos docentes tem sobre educação*'. Ainda segundo ele, o trabalho isolado é improfícuo. Para o professor B1 os principais motivos que dificultam o trabalho coletivo em sua instituição de ensino é o fato da maioria manter mais de um vínculo empregatício o que, segundo ele impossibilita até na participação efetiva destes nas reuniões entre o corpo docente para discussões referentes aos interesses da comunidade escolar. Já o professor C1 considera que motivos fúteis atrapalham ou impedem o desenvolvimento de ações coletivas voltadas para o trabalho docente, como por exemplo as questões político-partidárias.

Questão 04 - Você consegue visualizar uma ação praxiológica integrada entre todas as disciplinas voltadas para a questão do ensino para a saúde? Justifique.

Todos os professores responderam que não. Sendo que os professores B1 e C1 referendaram a necessidade dessa proposta estar reafirmada no Projeto Político Pedagógico da escola, exortando assim, conforme mencionaram o professor A1 e B2 sobre o fato dessa proposta ser defendida pelos Temas Transversais dos Parâmetros Curriculares Nacionais. Do mesmo modo, o professor C1 relembra que a proposta da saúde na escola é apontada pela própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 20 de dezembro de 1996. Para o professor A1, torna-se necessário também que a proposta de trabalho coletivo esteja reafirmada inicialmente no Planejamento Escolar realizado geralmente no início do ano letivo.

Após a exposição da coleta dos dados, convém ressaltar que no tocante ao questionário, Gil (1999, p. 124) apresenta que “[...] o questionário constitui hoje uma das mais importantes técnicas disponíveis para obtenção de dados nas pesquisas” [...], pois através dos dados obtidos podemos ter uma enorme gama de informações sobre valores, opiniões, atitudes, ideias, ideais, insatisfações e proposições. No entanto, é necessário que o pesquisador procure ser criterioso ao elaborar as questões, primando uma melhor eficácia na coleta dos dados necessários para sua análise e posterior intervenção.

Para Marconi & Lakatos (2003, p. 202, 203) o processo de elaboração do questionário requer acuidade por parte do pesquisador, exigindo deste “[...] cuidado na seleção das questões, levando em consideração a sua importância, isto é, se oferece condições para a obtenção de informações válidas”.

Foi constatado que na coleta de dados da Fase Diagnóstica da pesquisa há a necessidade coletivamente informada para se repensar a prática docente no tocante à questão do ensino. Ciente disso, foi realizada uma reunião entre os docentes participantes desta primeira etapa desta pesquisa, no mesmo momento convidamo-los para participarem do nosso Seminário Central.

Concretizado o Seminário Central abordaram-se as seguintes questões: 1) o novo conceito de saúde; 2) o fazer docente através de ações interdisciplinares; 3) o ensino para saúde. Logo em seguida foram deliberadas as seguintes medidas: 1) coleta de dados dos demais professores que ministram aulas nas diferentes áreas do conhecimento nas turmas de Ensino Médio na população de nossa pesquisa referentes às questões saúde, interdisciplinaridade e ensino para a saúde; 2) análise dos dados coletados pelo seminário central; 3) planejamento de ações que promovessem enfrentamento das dificuldades apontadas e superação dos possíveis problemas encontrados; 4) avaliação provisória sobre os resultados obtidos.

Acredita-se que uma mudança significativa, realmente, possa vir a ocorrer quando a maioria dos sujeitos envolvidos de uma dada realidade anseia e busca efetivamente realizar tal mudança. E é justamente aqui um dos principais pilares do método Pesquisa-Ação (THIOLLENT, 2009).

2. SAÚDE

A relação saúde-doença apresenta-se como uma das características mais inerentes à própria vida. Declarar-se saudável ou doente remete-se à questões de subjetividade, sendo assim, a experiência de saúde e doença não necessariamente pode ser definida ou conceituada de forma genérica, global.

Para Moacyr Scliar (2007, p. 30), saúde

não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito.

Para Buss (2010, p. 35), a relação saúde-doença está diretamente ligada a vida cotidiana dos indivíduos, das populações, onde, segundo ele

quando analisamos a situação de saúde de determinado grupo de população em dado momento, estão presentes os efeitos de múltiplos processos determinantes e condicionantes que expressam processos mais gerais do modo de vida da sociedade como um todo, processos mais particulares inerentes às ‘condições de vida’ do grupo em questão e suas interações com outros grupos e, por último. Processos mais singulares, inerentes ao ‘estilo de vida’ pessoal ou de pequenos grupos aos quais pertence tal indivíduo.

Sendo assim, ao se tentar definir saúde torna-se necessário considerar todas as variáveis que se encontram diretamente atreladas ao estilo e as condições de vida dos indivíduos e das respectivas populações em questão, requerendo ainda que se compreenda a complexidade em procurar definir algo que é tão subjetivo, o elemento saúde.

Sendo a saúde uma manifestação de percepção subjetiva e vinculada ao grupo social ao qual pertence o indivíduo em questão, além dos aspectos biológicos, os condicionantes *in locus* - como os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais também devem ser considerados para uma tentativa de caracterização.

Sabe-se que o modelo de saúde a qual a escola deve perseguir - objeto de estudo do presente trabalho, deve ser aquele que apresente uma proposta de melhoria da condição de vida dos discentes, considerando não apenas o individual, mas todas as variáveis envolvidas.

2.1 Concepções de Saúde e Doença no Transcurso da História Humana

Os conceitos referem-se a situações socioculturais, históricas e temporais, influenciadas ainda pelos diversos fatores, entre eles os políticos e econômicos.

Sendo assim, ao se propor traçar um histórico de como o ser humano concebeu a relação saúde-doença não pode ser concebido como uma missão fácil e congruente.

É fundamental esclarecer que existe uma relação de interdependência entre a saúde e a doença, e que ao se considerar determinada localização histórico geográfica estaremos necessariamente excluindo outras tantas imagináveis possibilidades de concepções acerca da relação saúde-doença.

Cada povo, cada cultura atribui diferentes concepções à relação de saúde-doença, independente inclusive do momento histórico, podendo ser encontradas diferentes concepções de saúde-doença em momentos correlatos, mas em culturas distintas.

Acreditamos que a presente incursão na tentativa de se traçar historicamente, possíveis concepções acerca da relação saúde-doença é oportuno se contextualizar, em nossa contemporaneidade, que saúde, que ‘corpo’ procura-se perseguir e utilizar como referência para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, mesmo sabendo que inevitavelmente têm-se tendência para a visão ocidental de cultura, social, corpo e de homem.

José Augusto C. Barros (2002), propõe uma trajetória histórica das concepções de saúde e doença nas sociedades humanas, a qual, segundo ele, inicia-se com a Mágico-Religiosa - predominante na antiguidade, em que se baseava na crença religiosa-mitológica, onde o adoecer era concebido como a ação da possessão de espíritos, evocação de demônios ou resultado da vingança dos deuses, e dependendo do local necessitava da intercessão de feiticeiros, xamãs ou sacerdotes (convém ressaltar que esse modelo ainda é aceito por milhares de pessoas, sejam de origens tribais ou não); na Empírico-Racional, ocorre um desvio da atenção para os vetores que desencadeiam os males, sendo o foco agora o portador da doença (seus primórdios se deram no Egito antigo e no ocidente o berço para esse novo paradigma foi a Grécia Clássica); o atual Biomédico ou Mecanicista, predominante nos dias atuais,

estimula os médicos a aderirem a um comportamento cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado [e] há uma tendência ao privilegiamento das explicações de natureza quantitativa, reduzindo-se, com frequência a ‘qualidade’ à expressão numérica, estatística, da mesma, quando esta última, ainda que de grande utilidade, nos fornece uma probabilidade ou uma resposta em termos de médias”. (BARROS, 2002, p. 81).

Para Moacyr Scliar, primitivamente, e por se encontrar privado dos recursos técnicos científicos, o ser humano foi forçado a explicar a doença dentro de uma visão mágica de medicina, acreditando que “o doente [era] vítima de demônios e espíritos malignos, mobilizados talvez por um inimigo.” (SCLIAR, 2005, p. 04).

No entanto, povos primitivos como os hindus, os chineses e os japoneses (BACKES ET AL, 2009), concebiam a doença como um produto do desequilíbrio natural do organismo humano, não atoa ser deste momento histórico técnicas milenares como o yoga na Índia, a acupuntura na China e o shiatsu no Japão.

Os sumérios, que habitavam a Mesopotâmia há cerca de 4000 a.C., registraram seus conhecimentos empíricos e médicos em placas de barro. Dominados pelos assírios e babilônios por volta do ano 2000 a.C., tiveram seus conhecimentos empíricos e médicos subtraídos por crenças relacionadas ao fato das doenças se configurarem como o manifesto de demônios, cabendo ao sacerdote invocar divindades através dos astros (SCLIAR, 2005, p. 05).

Visto dessa forma, afirma-se que esse primeiro momento da tentativa humana de conceber a relação saúde-doença se caracteriza como mágico-religiosa, onde os fenômenos que desencadeavam a doença estariam ligados a práticas de magias, bruxarias e feitiçarias, ou a castigos enviado por Deus, o Grande Médico.

A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra que trata-se de doença contagiosa, que sugere, portanto, contato entre corpos humanos, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas. (SCLIAR, 2007b, p. 30)

A concepção empírica da relação saúde-doença inicia-se na Grécia Clássica, e a forma como os gregos passaram a conceber a doença promove uma profunda transformação no desenvolvimento da medicina na história humana.

Hipócrates, nascido em 460 a.C. e reconhecido como o pai da medicina, foi um dos primeiros a explicar a relação saúde-doença enquanto um estado de harmonia. Para ele um indivíduo era saudável quando havia um equilíbrio entre os quatro humores os quais percorriam o corpo humano, denominados por bile amarela, negra, fleuma e sangue. (REBOLO, 2006).

Em seu texto intitulado ‘A doença sagrada’, o qual é um dos vários escritos que compõe o *Corpus Hipocraticum*, Hipócrates aponta que “A doença chamada de sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente reflete a ignorância humana”. (SCLIAR, 2007, p. 32).

Para Regina Andrés Reboló a obra do *Corpus Hipocraticum* baseia-se principalmente nos princípios anatômicos e fisiológicos, e as doenças se configuravam como um fato natural e não sagrado.

A ideia da natureza do corpo ou da *physis* particular do corpo está na base da medicina hipocrática. A *physis* do corpo é uma realização particular da *physis* universal e, enquanto tal, é compreendida como princípio originário e

organizador do corpo. Ela fornece a forma do corpo (eidos ou idea), isto é, o seu aspecto próprio ou particular e o seu comportamento (virtudes ou propriedades chamadas *dynameis*). Enquanto princípio organizador do corpo, a *physis* projeta no ser as qualidades da harmonia, da ordem e da beleza, regendo a morfologia e as funções normais do corpo e de suas partes. Mas a *physis* também rege a doença e os seus sintomas, e é por esse motivo que a doença era, para a maior parte dos autores do *Corpus Hipocraticum*, um fato natural e não sagrado (REBOLO, 2006, p. 54).

Galeno (129-199), notável médico grego, foi um dos primeiros estudiosos a documentar o conhecimento e a especulação médica de sua época. Entre suas ideias, permanece na humanidade desde a antiguidade até os dias atuais o consenso que saúde é o equilíbrio entre as partes do todo, sendo a doença de origem endógena ou uma consequência decorrente de um processo de desequilíbrio referente a estilo de vida ou de suas relações com o meio (BACKES ET AL, 2009).

Concomitante ao desenvolvimento da medicina grega, no Oriente as concepções de saúde e doença se desenvolviam de forma muito parecida, considerando o fator equilíbrio como determinante de saúde.

Fala-se de forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevêm a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga) têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia (“chi”, na China; “prana”, na Índia) no corpo. (SCLIAR, 2007, p. 33).

A Idade Média, retoma a concepção mágico-religiosa da relação saúde-doença (BACKES ET AL, 2009). Conhecida como Idade das Trevas, esse período histórico também pode ser concebido como uma época de pestilências. E no século XVI mais uma peste é acrescentada à lista da Europa Medieval, a sífilis, a qual sua difusão é atribuída a diversos fatores, entre eles os altos índices de promiscuidade e as guerras com consequentes expulsas de populações, as quais contribuíram significativamente na disseminação de doenças venéreas.

Para Scliar (2005, p. 10),

O Ocidente medieval estava despreparado para enfrentar o problema da doença. Em primeiro lugar, a medicina pouco havia avançado; a tradição hipocrática, que de certa forma tivera continuidade com o exuberante Galeno, entrara em declínio. Por outro lado, a medicina árabe e a medicina judaica, que junto a ela se desenvolveu, estavam fora do alcance da cristandade.

Com o aproximar do Renascimento, diversos estudiosos iniciam pesquisas que iriam contra a concepção religiosa reimplantado na Idade Média.

Girolamo Fracastoro (1478-1553), poeta e médico, mediante observações acrescentou mais uma enfermidade à lista de doenças que assolavam a Europa no século XVI, a sífilis, citada anteriormente e que segundo ele a forma de contágio dava-se através de contato íntimo,

contrariando a crença de que esta seria lepra, pois a lepra não é nem venérea e nem congênita. Sua obra sobre a transmissão de doenças deu-se num momento extremamente marcado pelo misticismo, e a ciência moderna ainda não havia se desenvolvido.

Paracelsus (Philipus Aureus Theophrastus Bombastus Von Hohenheim, 1493-1541), médico suíço, após diversos estudos postulou que as doenças enquanto manifestações decorrentes de agentes externos ao corpo, e sob forte da influência da alquimia e o desenvolvimento da química afirmava que os melhores remédios para expulsar as doenças seriam os químicos (SCLAIR, 2007b).

O filósofo e matemático francês René Descartes (1596-1650) considerado o pai da filosofia e da matemática moderna, também é tido como um dos principais precursores da racionalidade no ocidente. Para ele o conhecimento era construído baseado em um sujeito que conhece (*res cogitans*), frente ao objeto ou realidade ao qual serão conhecidos (*res extensa*), o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento do método científico.

Em sua obra *Discurso do Método*, Descartes nos apresenta as regras por ele elaboradas e que constituem os fundamentos do método cartesiano, segundo ele, apresentam a nova maneira de compreender o fenômeno natural e que influencia a ciência natural até os dias atuais:

A primeira regra preceitua que não se deve aceitar como verdade nada que não possa ser identificado como tal, com toda evidência, isto é, não de ser, cuidadosamente evitados a precipitação e os preconceitos não ocupando o julgamento com nada que não se apresente tão clara e distintamente à razão que não haja lugar para nenhuma dúvida. A segunda regra propunha separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-la. A terceira dizia respeito à condução do pensamento de forma ordenada, partindo do mais simples e fácil daí ascendendo, aos poucos, para o conhecimento do mais complexo, mesmo supondo uma ordem em que não houvesse precedência natural entre os objetos de conhecimento. A última regra se referia à necessidade de efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento de tal maneira que seja possível certificar-se de que nada foi omitido. Uma preocupação adicional de Descartes residia na certeza a que ele podia chegar por meio de provas matemáticas. (BARROS, 2002, p. 73).

Embasado na teoria cartesiana, Isaac Newton (1643-1727), renomado físico e matemático inglês, propôs teorias matemáticas que buscassem compreender o corpo e o mundo como uma máquina composta por engrenagens passíveis de serem explorados.

No início do século XVIII surge na Alemanha também uma das primeiras propostas de intervenção do Estado voltada para a área da saúde. Conhecido como Sistema Frank, consistia na instauração de uma polícia médica ou sanitária, autoritária, e que estava preocupada

principalmente com as questões de saúde. Johan Peter Frank (1745-1821), lançou em 1779 o primeiro dos seis volumes do *Sistem einer Vollstan digen Medicinischen Polizez*.

O Sistema Frank contemplava múltiplos aspectos da saúde pública, desde a prevenção de doenças contagiosas, higiene pré-natal, os cuidados com o parto, a qualidade dos alimentos, a limpeza das ruas e do ar, à prevenção de acidentes (FIGUEREDO, MACHADO, ABREU; 2010).

O Sistema Frank contemplou também a escola, e por conta disso legou a Johan Peter Frank o título de ‘pai da saúde escolar’, pois,

[...] dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula. (LIMA, 1985)

O final do século XVIII viria um outro marco histórico que contribuiria substancialmente para o desenvolvimento da proposta da educação para a saúde. Em 1880, o então educador Franz Anton Mai (1742-1814), também na Alemanha, propõe ao estado do Palatinado⁸ um programa de saúde abrangente que entre outros elementos voltados para os cuidados com a saúde (muitos inclusive defendidos pelo Sistema Frank), incluíam-se agora os primeiros socorros, a organização da assistência médica e a introdução da educação sanitária nas escolas de então (SCLIAR, 2005).

Por fim, a Revolução Francesa marca a relação entre saúde e sociedade, trazendo a compreensão de que a doença pode ser erradicada pela recuperação da saúde social. Surge aqui também o ensino médico e o combate ao charlatanismo.

Na Alemanha do século XIX, Karl Marx (1818-1883), faz severas críticas ao sistema de produção capitalista, o qual segundo ele “[...] mutila o trabalhador transformando-o em trabalhador parcial” (MARX, 1983, p. 283).

Fazendo-se assim pensar na necessidade de uma mudança de paradigma referente ao modo de se conceber a saúde, considerando agora os enfoques contemporâneos: mercadoria, consumo e lazer.

Analisar sobre onde, quando e para quem essa *saúde* estava sendo direcionada é de fundamental importância, visto que para o trabalhador dos meados do século XVIII e início do século XIX restava-lhe apenas o próprio corpo, que agora manejava exaustivamente máquinas, a qual desencadeava diversos problemas para a saúde. Pois:

⁸ Estado alemão situado no sudoeste do país.

Enquanto o trabalho em máquinas agride o sistema nervoso ao máximo, ele reprime o jogo polivalente dos músculos e confisca toda a livre atividade corpórea e espiritual. Mesmo a facilitação do trabalho torna-se um meio de tortura, já que a máquina não livra o trabalhador do trabalho, de seu trabalho de conteúdo. Toda produção capitalista, à medida que ela não é apenas processo de trabalho, mas ao mesmo tempo processo de valorização do capital, tem em comum o fato de que não é o trabalhador quem usa as condições de trabalho, mas, que pelo contrário, são as condições de trabalho que usam o trabalhador: só, porém, com a maquinaria é que essa inversão ganha realidade tecnicamente palpável. Mediante sua transformação em autômato, o próprio meio de trabalho se confronta, durante o processo de trabalho, com o trabalhador como capital, como trabalho morto que domina e suga a força de trabalho viva. (MARX, 1984, p. 43-44).

Em meados do século XVIII surge no seio da burguesia europeia a noção de família, maternidade e a infância como se percebe hoje. No entanto, segundo Moacyr Scliar (2005), entre as famílias proletárias a realidade era bem diferente, visto que as mães eram desnutridas e as crianças eram criadas nas ruas ou encaminhadas precocemente para as fábricas, sendo estes, parte significativa da mão de obra constituinte a qual moveria a Revolução Industrial.

No entanto,

Aos poucos a situação foi mudando. Filantropos e políticos liberais tentavam limitar as horas de trabalho de mulheres e crianças; na Grã-Bretanha, as mulheres de classe média visitavam mães da classe trabalhadora, para instruí-las numa nova prática que ganhava força: a puericultura. A palavra puericultura foi criada pelo médico francês A.C. Caron em 1865; o título de seu manual era *La puericulture ou La Science d'Élever Hygiéniquement et Physiologiquement les Enfants*. A nova disciplina desenvolve-se paralelamente à instrução obrigatória. Não por acaso, pois a puericultura depende em grande parte da educação. O entrosamento dos médicos com o sistema de ensino melhora, sem dúvida, o nível de informação do público; mas o tratamento das doenças da infância ainda teria de ser consideravelmente aperfeiçoado. (SCLIAR, 2005, p. 36).

Observa-se que na fala do referido autor ulteriormente citado fica-nos claro a ênfase por ele mencionada para a importância da relação saúde-educação, a qual, segundo ele, melhora significativamente os níveis de informação e consequentemente desperta a atenção dos sujeitos para os cuidados para com a saúde.

Corta es la vida, el camino largo, la ocasión fugaz, falaces las experiencias, el juicio difícil. No basta, además, que el médico se muestre tal en tiempo oportuno, sino que es menester que el enfermo y cuantos lo rodean coadyuven a su obra. (HIPOCRATES, 2016, p. 08).

O atual modelo Biomédico ou Mecanicista sobre a relação saúde-doença, alcança ainda nos meados do século XIX o reforço de um importante instrumento que permitirá um

significativo avanço na compreensão sobre o desenvolvimento e controle de diversas patologias: o microscópio, desenvolvido no século XVII, mas incorporado à pesquisa epidemiológica⁹ por Pasteur (1822-1895), no século XIX. (BARROS, 2002).

A partir de então diferentes pesquisadores baseados nos estudos de Pasteur com o microscópio passaram a desenvolver diversos estudos voltados para a compreensão dos agentes causadores de diferentes males conhecidos na época.

Robert Koch (1843-1910) descobriu em 1882 o bacilo que causava a tuberculose; Walter Reed (1851-1902) comprovou antes mesmo do desenvolvimento da virologia que a febre amarela tinha como vetor um mosquito e era causado por um micro-organismo; Edward Jenner (1749-1823) observou que pessoas que ordenhavam vacas imunizadas contra a varíola bovina não contraíam varíola humana, surgindo a partir destas constatações as diversas vacinas e soros.

No Brasil, em meio à crise socioeconômica e sanitária do início do século XX provocada principalmente pela malária, veremos emergir a figura do bacteriologista Oswaldo Cruz (1872-1917), convidado para dirigir o Departamento Nacional de Saúde, vimos então surgir a saúde pública brasileira pautada em cinco grandes ações: ação governamental ampla, ação governamental restrita, ação do profissional em relação ao paciente e ação individual (SCLIAR, 2005).

Convém ressaltar que apesar de todos os agravos desencadeados à saúde dos trabalhadores com o advento da Revolução Industrial, esta também proveu avanços tecnológicos quanto à preservação (a pasteurização por exemplo), e conservação dos alimentos com a criação dos enlatados e a refrigeração.

A Idade Contemporânea vê surgir também a necessidade de ampliação referente aos aspectos que poderiam estar influenciando na permanente relação saúde-doença, trazendo novamente à tona a questão da totalidade.

Segundo Moacyr Scliar (2005), o *welfare state* teria suas origens na Alemanha do início do século XX especificamente nas pessoas do príncipe Otto Von Bismarck, conhecido como ‘chanceler de ferro’, e depois de ter sido implantado na Alemanha, também foi instituído na França e na Grã-Bretanha.

O seguro social trouxe grandes benefícios à população. A assistência médica agora não era uma questão de caridade, mas um direito adquirido através do trabalho, tal como as pensões e a aposentadoria. Os empresários também se beneficiaram da disponibilidade de uma mão-de-obra mais sadia (ou menos doente). (SCLIAR, 2005, p. 42).

⁹ Epidemiologia: “entendida como disciplina privilegiada para apreender quais seriam as reais necessidades de saúde da população.” (MATTOS, 2009, p. 58).

Um dos fatos que certamente merece destaque sobre a criação do *welfare state*, ou estado do bem estar social, o qual promulga a ideia de que o Estado deveria promover aos seus cidadãos melhores condições de vida, considerando que as onerosas jornadas de trabalho impostas à classe proletariada a partir da revolução industrial promovia altos índices de morbimortalidade nos trabalhadores, era na verdade um recurso de controle social, levando a classe trabalhadora a acreditar numa possível relação de compartilhamento de benefícios.

No entanto, Silva em um estudo sobre as origens e desenvolvimento do *welfare state* observa que

[...] no campo marxista, a visão sobre as origens e o desenvolvimento do Welfare State, que situa a política social como estratégia de controle social, pode ser ilustrada por PIVEN & CLOWARD (1972). Estes autores desenvolvem um vasto estudo sobre a sociedade norte-americana, situando o desenvolvimento das políticas sociais no contexto do movimento da estabilidade e das depressões cíclicas da economia daquele país e, a partir daí, defendem a tese de que os sistemas de proteção social se expandem ou se contraem conforme as flutuações cíclicas da economia capitalista, atuando, nessa dinâmica, como forte mecanismo de controle social. (SILVA, 2015, p. 08)

Concebido como uma estratégia de controle social pela burguesia aplicada a classe trabalhadora, o *welfare state* promovia contentamento em tempos de crises e recessão, pois

As a result of agitation, litigation, and publicity, people's attitudes toward going on welfare had changed; many had come to believe that they have a 'right' to assistance. As the recession deepened, therefore, applications for welfare surged, and with the approval level high, a renewed explosion occurred. (PIVEN & CLOWRD, 1972, p.342).

Promovia então alentos distintos para ambas as classes, visto que

It is in this context that periods of innovation and growth in the Welfare policies can be understood. Both of the major classes see this these policies as in their interest, but for quite different reasons. The Working class because any policy which mitigates hardship or which modifies the blind play of market forces is to be welcomed. The capitalist class because it reduces Working-class discontent, provides an added means of integrating and controlling the working class, and offers economic or ideological benefits too. (GOUGH, 1979, p 66).

No Brasil, a ideia de *welfare state* encontrou na figura de Getúlio Vargas o pilar para sua ascensão. Reconhecido como o 'Pai dos Pobres', Vargas institui o estado populista, e é considerado o Bismarck brasileiro, mas ao contrário do 'chanceler de ferro' inglês, desenvolveu

no Brasil sua capacidade de intercomunicação com os mais simples e humildes, criando em seu primeiro governo a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), vigente até os dias atuais.

Outro fenômeno que merece destaque é o da medicalização.

Ivan Illich (1926-2002), importante crítico da sociedade industrial, defendia que a sociedade deveria evitar a medicalização da vida, voltando a aprender a viver com a dor e suportar a morte (SCLIAR, 2005).

Barros (2002, p. 76), aponta que o surgimento da medicalização, fenômeno desenvolvido dentro do modelo biomédico ou mecanicista da relação saúde-doença, vigente e ainda predominante nos dias atuais, considera que é “[...] provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como ‘medicalização’

Para o mesmo autor, a medicalização, “[...] pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo”. (BARROS, 2002, p. 77)

Diante do exposto, dois pontos merecem ser observados: 1) deve-se considerar plausíveis e pertinentes as mais diversas críticas ao reducionismo biologicista e à ênfase dada à medicalização, fenômenos presentes na relação saúde-doença; 2) torna-se necessário que não se deixe de reconhecer a significativa contribuição que os avanços anatomofisiológicos e epidemiológicos promoveram na compreensão dos elementos que desencadeiam diversos problemas de saúde.

Sendo assim,

O progresso da saúde pública depende do ‘estado da arte’ e da ‘conjuntura científica’ de maneira geral, mas muitas vezes é impulsionado por pessoas que não são da área; leigos motivados, como Graunt, Chadwick, Shattuck, sem falar nos criadores do seguro social, entre eles sobressai o nome de Bismarck. (SCLAIR, 2005, p. 47).

2.3 Saúde numa Perspectiva Contemporânea

Percebe-se através do transcurso histórico apresentado sobre a evolução da busca humana pela compreensão dos fatores que desencadeariam a doença, que esta, a relação saúde-doença, é acima de tudo uma construção sociocultural, dependente de fatores pertinentes ao momento

histórico ao qual cada grupo social, ou sociedade encontram-se atrelados, e não simplesmente que os aspectos biofisiológicos e anatômicos determinariam a saúde das pessoas.

Xavier Bichar (1771-1802) Apud Moacir Scliar (2005), grande médico francês, afirmava que a saúde era o “silêncio dos órgãos”. Seguindo sua linha de pensamento, a doença se manifestaria através de sinais e sintomas dando forma às patologias, e em conjunto originariam síndromes. No entanto, é importante a compreensão de que doenças crônicas se desenvolvem em silêncio, manifestando-se apenas em estágios avançados os quais podem promover quadros de morbimortalidade.

Sendo assim, é possível deixar claro para quem e em que momento histórico estamos tematiza-se o fator saúde.

Continuemos...

Todas as tentativas de definição trazem em si uma carga política dependente da conjuntura sociocultural e econômica a qual caracteriza o momento histórico em que se trata.

Para tal, é fundamental também se pensar em que concepção de homem e de mundo se almeja para a sociedade contemporânea.

Para o médico Luís Salvador de Miranda Sá Junior (2004, p. 01), a palavra definição é,

originada do latim *definire*, *definitio*, provenientes do substantivo *finis* (fim, fronteira, linha divisória). Definir é delimitar. Significa a expressão breve e completa do que há de essencial em um vocábulo (definição nominal) ou o que se deve entender pela essência de alguma coisa (definição real).

A par destas informações, procuraremos apresentar uma possível definição para o termo saúde, em constante consonância com autores contemporâneos, considerando ainda todas as nuances que impactam diretamente para uma possível compreensão do que podemos conceber enquanto um conceito contemporâneo de saúde.

A ciência moderna, como se sabe, profundamente marcada pela concepção cartesiana de mundo, e o estabelecimento da dualidade corpo-mente, historicamente procurou explicar a relação saúde-doença como um desequilíbrio entre as estruturas anatomofisiológicas. Nessa linha de raciocínio, a medicina moderna concebe o estar doente enquanto uma disfunção fisiológica, podendo ser regulada, controlada e curada através da utilização de substâncias químicas (drogas alopáticas¹⁰), comprovadas em laboratórios através de testes em cobaias ou voluntários humanos.

Ainda nessa linha de reflexão:

¹⁰ Drogas alopáticas são substâncias reconhecidas enquanto remédios e que age de forma contrária à doença tratada.

Estudos voltados para uma epidemiologia sensível aos aspectos antropológicos, consideram o processo saúde-doença como um resultado de forças biológicas, econômicas, sociais e políticas. [E] a formação dos profissionais da saúde, voltada para o biologicismo e o individualismo, faz com que os mesmos não levem em conta as referências socioculturais que poderiam transformar os usuários em agentes de transformação da realidade social. (BACKES ET AL, 2009, p. 115).

Não se trata, aqui, de desmerecer ou não reconhecer o avanço que os estudos da medicina moderna promoveram para a erradicação e controle das diferentes doenças, o que consequentemente incide numa maior expectativa de vida. Pretende-se apenas trazer à tona a necessidade de constantemente entender a saúde como uma relação de interdependência entre as diferentes esferas que em conjunto compõe o ser sociocultural e biopsicofisiológico que é o ser humano.

Para a Organização Mundial de Saúde a saúde seria “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (WHO, 1948, p. 01).

A própria tentativa de definição para a saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não nos parece muito condizente, visto que poderíamos conceber como inatingível para um indivíduo alcançar a plenitude apresentada nessa proposta. No entanto, seja observado que já existe um significativo avanço ao tentar defini-la, afirmando que a mesma não consiste simplesmente na ausência de doenças ou enfermidades, mas como uma consequência da soma dos diversos aspectos que compõem a essência humana.

Ainda na perspectiva de totalidade, Freud *apud* Segre & Ferraz (1997), aponta que a compreensão de perfeita felicidade dentro do espaço social é impossível, pois segundo ele há na convenção para a organização social uma renúncia, que mesmo haja a concessão de alguns benefícios, a mesma promove no indivíduo uma constante sensação de ‘mal-estar’.

Estar saudável também perpassa pelo crivo da subjetividade. Para Czeresnia, (1999), podemos encontrar uma certa dificuldade ao tentar definir saúde e doença, considerando que estas por terem um cunho de percepção subjetiva. Sendo assim, deve ser considerado que alguém que seja portador de uma determinada patologia crônica pode se declarar saudável, considerando, claro, que este adote todos os cuidados necessários para a manutenção dos seus níveis de saúde; o oposto também pode ser observado, num determinado indivíduo sem apresentar nenhuma patologia em seu quadro clínico, pode subitamente ser diagnosticado em um quadro de morbidade, como por exemplo a depressão.

Novamente o professor Moacir Scliar, afirma que saúde é bem mais que a simples ausência de doenças, pois a mesma reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural a qual o sujeito ou grupo social está inserido. Para ele:

“[...] saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas”. Também vale para as doenças, pois o que é considerado doença varia muito, “não é apenas ausência de saúde” (SCLIAR, 2007, p. 30).

Para Nieman (1999), a saúde pode ser compreendida como um *continuum* de diferentes esferas, entre elas a física, a mental, a social e espiritual, as quais em conjunto, articulação e harmonia influenciarão no estabelecimento de níveis ótimos de saúde.

Segundo Bouchard et Al (1990), a saúde apresenta-se como um ‘estado geral de equilíbrio no indivíduo’. Para os referidos autores este *continuum* apresenta polos positivos e negativos. Sendo assim, os positivos nos dariam a capacidade de reagirmos positivamente frente aos problemas e desafios; no outro extremo estariam os negativos, os quais nos predisporíamos a morbidade e num outro extremo à mortalidade.

Para Darido et Al (2001, p. 01):

O conceito de saúde apresenta limitações quando se pretende defini-lo de maneira estanque e conclusiva. Isto porque quando se fala em saúde não podemos deixar de considerar seus fatores de influência e determinação: o meio ambiente, os aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais, afetivos e psicológicos.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1998) procuram atrelar o conceito de saúde a uma amplitude maior, dando ênfase às diferentes esferas que em conjunto compõem este amalgama: os aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais, afetivos e psicológicos.

Compreender o fenômeno saúde nos dias atuais requer a ruptura de condicionantes meramente biológicos ou radicalismos referentes a estados de perfeito bem-estar, ou sejam eles quais forem. É indispensável compreender o ser humano como um ser total, omnilateral e imerso num universo plural onde as diferentes esferas que constituem o *continuum* da saúde estarão constantemente contribuindo positivamente ou interferindo negativamente para a manutenção dos níveis ótimos de saúde.

Acreditamos que o texto final da VIII Conferência Nacional de Saúde exorta com bastante propriedade a tentativa acertada de definição do que possa vir a ser saúde considerando as diferentes nuances que a caracterizam:

Em seu sentido mais abrangente, saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4)

A saúde também se constitui em um direito garantido. No caso do Brasil, a Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 118-119), declara no seu art. 196 que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Tornando assim uma obrigação do Estado a promoção da saúde para todos os cidadãos brasileiros.

Pode-se afirmar então que saúde e doença são manifestações naturais da vida. E estas se caracterizam enquanto percepções subjetivas de experiências do viver. Para Czeresnia (2009, p. 46), “O discurso médico-científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar; não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o adoecer.”

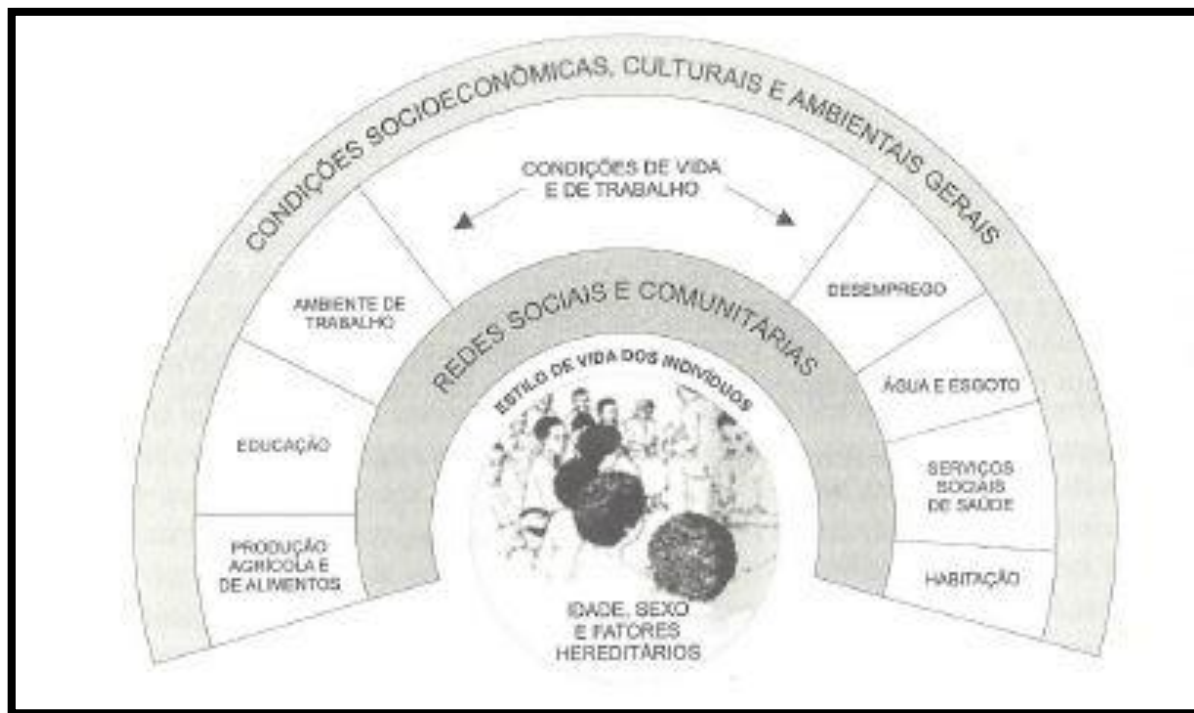
Ainda para a mesma autora, o discurso da modernidade não leva em conta que a tentativa de definição, inevitavelmente, induz o reducionismo, enquanto que a saúde se traduz em identidade, singularidade e ao mesmo tempo pluralidade, diversidade. Sendo assim as tentativas de definição jamais darão conta da integridade mesmo procurando utilizar o máximo do potencial explicativo na utilização da palavra.

Buss (2010, p. 37), aponta que os fatores individuais são importantes para detectar dentro de um determinado grupo social quais os indivíduos se classificam enquanto mais vulneráveis ou em maior risco de desenvolverem determinadas patologias; no entanto entre grupos sociais ou países os determinantes da saúde e doença estão relacionados a outros fatores, como principalmente a equidade na distribuição de renda, por exemplo, [...] “o Japão é o país com a maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumem menos ou façam mais exercícios, mas porque o país é um dos mais igualitários do mundo.”

Dalhlgen e Whitehead *apud* Buss (2010), defendendo a tese que a saúde, a doença e o cuidado são socialmente produzidos, apresentam um modelo o qual denominam por determinantes sociais da saúde (DSS). Estes encontram-se dispostos em camadas dispostas das mais internas – representam os determinantes individuais, até os mais externos, os macrodeterminantes.

A figura 01 apresenta o esquema das diferentes camadas referentes aos determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead, onde tem-se um modelo em diferentes camadas, estas partindo do indivíduo, mas ao centro, indo até as condições ambientais, culturais e sócio econômicas, determinando assim nosso nível de saúde.

Figura 01: Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS, 2010, p. 39.

Partindo do centro para as extremidades observa-se que os indivíduos encontram-se na base do modelo, cada um com suas respectivas características individuais (idade, sexo e fatores hereditários); a seguir temos o primeiro nível, o qual diz respeito ao estilo de vida dos indivíduos e encontra-se diretamente ligado aos aspectos comportamentais dos sujeitos, difíceis inclusive de serem transformados; o segundo nível refere-se aos grupos sociais e comunitários aos quais os indivíduos fazem parte, sendo importantes para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva; o terceiro nível representa a influência das políticas públicas sobre os aspectos materiais e psicossociais dos indivíduos, considerando aqui o acesso à educação, a alimentação saudável, aos serviços de saúde, ao saneamento básico ao trabalho a renda, a habitação; por fim, a última camada, o quarto nível, refere-se aos macrodeterminantes sociais da saúde, entre eles, a cultura de paz, a proteção do meio ambiente e as políticas macroeconômicas.

Diante do exposto, acredita-se que é sensato evitar tentativas reducionistas para explicar a saúde exclusivamente pelo viés biologicista, considerando que diferentes determinantes influenciam diretamente nos níveis de saúde das pessoas. Ainda sobre esse dado, Adler (2006) apud Buss (2007) afirma que se pode identificar três gerações distintas de estudos sobre iniquidades em saúde: 1) as descrições das relações entre pobreza e saúde; 2) os diferentes gradientes de saúde levando em consideração os critérios de estratificação socioeconômica; 3) a mais atual, a qual está mais preocupada em compreender como essa estratificação socioeconômica adentra no ‘corpo humano’.

Desta feita, procura-se agora apresentar uma possível definição moderna do termo saúde, baseada em diferentes autores da área da promoção da saúde, da mesma forma explicitar um breve histórico da construção desse novo entendimento do que possa vir a ser saúde em tempos de contemporaneidade.

2.3 Promoção da Saúde

O verbo promover nos remete à ação de fomentar, dar impulso, estimular. Dessa forma, promover compreende uma ação mais ampla que prevenir, onde este último restringe-se à pura precaução, enquanto que o primeiro engloba um conjunto de ações a favor de algo ou alguém.

Compreendido dessa forma, o enfoque da promoção da saúde é abrangente e leva em consideração os diferentes determinantes da saúde, buscando acima de tudo os mais diferentes recursos para melhoria da qualidade de vida, diminuindo a probabilidade de incidência de doenças, favorecendo assim a melhoria dos níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas.

Já para a prevenção, seu objetivo determina seu fim: evitar doenças.

A figura 02 apresenta um esquema de maneira muito prática e didática a diferença entre promoção e prevenção, despertando-nos para a amplitude do verbo promover, frente ao reducionismo do prevenir.

Figura 02: Diferenças esquemáticas entre Promoção e Prevenção

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc.	Profissionais da saúde

Fonte: BUSS, 2014, p. 39.

Acredita-se que o surgimento da promoção da saúde se deu pela necessidade da ciência em compreender a relação saúde-doença considerando seus diferentes aspectos, que não apenas pelo reducionismo biologicista, ou o modelo biomédico.

Pensado dessa forma, a promoção da saúde é definida como o conjunto de ações, medidas e estratégias que "não se dirigem a [combater] uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 19). Essas estratégias de promoção buscam enfatizar mudança qualitativa das condições de vida e de trabalho das pessoas considerando que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial. Na escola, poderia se afirmar que o ensino para a formação da saúde apenas se consubstanciaria com o trabalho interdisciplinar de todos os profissionais da Educação considerando que a formação da cidadania para a saúde é uma manifestação multifacetada.

Poder-se-ia dizer ainda que a promoção da saúde amplia os horizontes de compreensão da relação saúde-doença, visto que promover vai além da prevenção de doenças. Sigerist, ao definir as quatro metas da medicina como sendo a promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos doentes, e a reabilitação, tornou-se um dos primeiros autores a referenciar o termo promoção da saúde, pois "[...] a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso". (SIGERIST, 1946, p. 19).

Já Wislow, algumas décadas antes ao tematizar a promoção da saúde, definia saúde pública como sendo,

a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. [E] a promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que os indivíduos melhorem sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma maquinaria social que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde. (WISLOW, 1920, p. 23).

Gutierrez (1997, p. 117), compreendia que a promoção da saúde era:

O conjunto de atividades, processos e recursos de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.

São observados diferentes olhares sobre a evolução da concepção da promoção da saúde, onde esta é apresentada como uma tentativa de superação do reducionismo ao tentar definir a relação saúde-doença.

No entanto, é no Canadá que se surge o moderno movimento da promoção da saúde, isso em maio de 1974 com a publicação do documento ‘A new perspective on the health of Canadians’, mais conhecido por Informe Lalonde, composto por quatro componentes: 1) o componente da biologia humana; 2) o ambiente; 3) o estilo de vida; 4) a organização da assistência à saúde.

Para o documento Lalonde (1996, p. 04), ao analisar os níveis de saúde da população canadense observou-se que,

até agora, quase todos os esforços da sociedade enviados para a melhoria da saúde e a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentraram-se na organização da assistência médica. No entanto, quando se identificaram as principais causas da morbimortalidade no Canadá, chega-se à conclusão que sua origem está nos outros três componentes do conceito, ou seja, a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

Desde a década de 1970, foram realizadas a nível internacional diferentes conferências compostas por diversos líderes mundiais e voltadas para a temática do desenvolvimento da

promoção da saúde. Serão apresentadas a seguir as principais conferências internacionais direcionadas aos cuidados com a saúde e ao desenvolvimento da promoção da saúde, ambas extremamente para a compreensão da relação saúde-doença dentro dos moldes da contemporaneidade.

A Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, antiga URSS, em 1978, apresentou a proposta de ‘Saúde para Todos no Ano 2000’ e em sua estratégia recomendava,

[...] que os cuidados primários de saúde incluam pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos meios para sua prevenção e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; promoção da saúde mental; e fornecimento de medicamentos essenciais. (WHO, 1978, p. 20).

A partir de 1980 o Ministério da Saúde do Canadá e o Escritório da *World Health Organization* (WHO) iniciaram uma mútua cooperação voltada para o desenvolvimento da promoção da saúde, a qual culminou na realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986 em Ottawa, Canadá, tendo como principal contribuição a confecção da Carta de Ottawa, na qual a promoção da saúde,

consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. [E] La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (WHO, 1986, p. 01).

Para a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde as condições e os recursos fundamentais para a saúde seriam: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Adelaide, realizada em 1988 na cidade de Adelaide, Austrália, procurou identificar “[...] quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes favoráveis” (BUSS, 2014, p. 32), ampliando assim a discussão acerca dos determinantes da saúde.

Na III Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, foi apresentada pela primeira vez a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus

aspectos. Na ocasião foram tematizadas estratégias para preparar o mundo para o século XXI, o evento antecedeu a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, ou simplesmente Rio 92. A Declaração de Sundsval apresentou a ideia de ambiente compreendida em sua totalidade, e não apenas aquela que se dirigia aos aspectos físicos ou naturais, considerando um ambiente favorável para a promoção da saúde aquele que contemplasse questões sociais, políticas, econômicas e que valorizasse a participação das mulheres em todas as decisões sociopolíticas (BUSS, 2000).

Em 1997 é realizada em Jacarta, Indonésia, a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sendo a primeira vez que uma conferência internacional sobre promoção da saúde foi realizada em um país em desenvolvimento. Uma das principais contribuições da Declaração de Jacarta para o desenvolvimento da promoção da saúde foi a retomada da discussão sobre a importância da participação da comunidade na tomada de decisão sociopolítica sobre a promoção da saúde, compreendendo que:

Por meio de investimentos e de ação, a promoção da saúde atua sobre os fatores determinantes da saúde visando obter o maior benefício possível para a população, enfatiza a redução da iniquidade em saúde, garante o respeito aos direitos humanos e acumula capital social. A meta final é prolongar as expectativas de saúde e reduzir as diferenças entre países e grupos (BRASIL, 2002, p. 49).

Ainda na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foram definidas cinco prioridades para o campo da promoção da saúde nos anos seguintes: promover a responsabilidade social com a saúde; aumentar o investimento no desenvolvimento da saúde; consolidar e expandir parcerias para a saúde; aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos; assegurar uma infraestrutura para a promoção da saúde. (BUSS, 2014).

A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no México no ano 2000 “[confirmou] o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação de ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde” (HEIDDEMAN ET AL, 2006, p. 355).

Outras tantas conferências locais e regionais foram realizadas buscando adensar ainda mais a compreensão acerca da promoção da saúde considerando as características locais de determinados países ou regiões geopolíticas. No caso do Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde apresenta um indicativo plural e democrático acerca do que possa vir a ser saúde.

Concebido acima de tudo como um direito:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde.

É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, P. 04).

Deve-se observar que a principal contribuição no desenvolvimento da perspectiva da promoção da saúde foi trazer um conceito contemporâneo para a saúde, progressista, procurando superar o modelo biomédico da relação saúde–doença e o reducionismo biologicista da conceituação desta.

Sendo assim:

Na realidade é importante compreender que a promoção à saúde se constitui num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. [...]. Neste sentido, adotamos como enfoque da promoção à saúde a tendência que defende ações intersetoriais e valorizam a saúde como qualidade de vida da população. Destaca-se, ainda a importância de se trabalhar em conjunto com as cinco estratégias de promoção à saúde: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. (HEIDDEMAN ET AL, 2006, p. 356).

Diante do exposto, é possível chegar a um prévio consenso para a necessidade de modernizar a definição do que seria saúde, sendo fundamental considerar os diversos aspectos que em conjunto influenciam diretamente a vida social humana (serviços de saúde, moradia, emprego, educação, segurança pública etc.), e não meramente a ausência de doenças.

Nas palavras de Buss (2000, p. 174):

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis.

Como vimos anteriormente, um dos fatores que mais influencia os níveis de saúde de uma determinada população é principalmente a equidade social, a qual se configura como a mola mestra para a promoção de saúde, pois:

Alcançar equidade se constitui como um dos recursos fundamentais para a saúde, sendo um dos focos da promoção à saúde, em que as ações permitam a capacitação das pessoas para exercerem o controle dos fatores determinantes da sua saúde. Assim, a noção do empowerment, entendido como o fortalecimento das populações, constitui-se numa estratégia importante de promoção que pode ajudar a transformar a realidade de saúde, através do fortalecimento do empowerment econômico, político, social e cultural dos

múltiplos atores sociais que, em conjunto, possam compreender a determinação do processo saúde e doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana. (HEIDEMANN ET AL, 2005, p. 357)

Observando tais afirmativas, acreditamos que nós, professores, temos um rico material para podermos tematizar criticamente a saúde em sala de aula, mediando a produção do conhecimento com nossos alunos, levando-os à compreensão de totalidade do que venha a ser saúde.

Sendo assim concorda-se que é possível ensinar saúde para além dos fatores meramente biológicos, procurando concebê-la como uma relação de diversos determinantes, os quais estão constantemente contribuindo, sejam positivos ou negativos, para os níveis de saúde e qualidade de vida das pessoas.

2.4 Qualidade de Vida

Quando nos referimos ao termo qualidade, segundo sua origem etimológica, este pode estar se referindo a algo bom ou ruim, mas ao anexá-lo ao substantivo vida a expressão *qualidade de vida* toma a conotação de níveis ótimos de saúde, bem-estar, felicidade, satisfação etc.

Muitas são as abordagens que buscam classificar os estudos sobre a qualidade de vida, como essa também perpassa pelo viés da subjetividade, da percepção própria torna-se difícil uma definição clara e unanime do que possa vir a ser qualidade de vida. Day & Jankey, 1996, nos apresentam estudos sobre a qualidade de vida a partir de quatro abordagens principais: a) social – que segundo eles deram origem a expressão quando muitos políticos começaram a fazer uso desta em seus pronunciamentos a partir da década de 1960; b) psicológica – onde os elementos subjetivos determinam o entendimento sobre o que venha a ser satisfação, podendo ser compreendida coletiva ou individualmente; c) biomédica – refere-se a ação dos profissionais da saúde em promoverem melhorias nos níveis de saúde dos seus *clientes*, ou ampliando sua sobrevida; d) geral ou holística – baseiam-se na compreensão multidimensional da qualidade de vida.

Visto a multiplicidade de conceitos sobre o que possa vir a ser qualidade de vida, utilizaremos o da Organização Mundial de Saúde por considerarmos esse o mais apropriado. Para a OMS (1995), a qualidade de vida é “[...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (p. 1405). Para Araújo e Araújo, podemos

ainda delimitar a qualidade de vida em dois tipos: qualidade de vida não relacionada à saúde (QVNRS) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Para eles a QVNRS estaria mais ligada às questões sócio ambientais, e a “[...] QVRS representa a parte da qualidade de vida ligada diretamente à saúde do indivíduo.” (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000, p. 1).

Sendo assim, na proposição da implantação do ensino para a saúde na escola, cabe a esta deixar claro em sua proposta político-pedagógica que ideia de corpo, saúde e qualidade de vida quer promover. Na presente proposta, quando nos referimos em níveis ótimos de saúde e qualidade de vida estamos nos referindo à busca constante para a formação da cidadania para a saúde, onde cada sujeito compreenda que é mentor de sua própria história tornando-se capaz de intervir criticamente em sua própria realidade sociocultural e ambiental melhorando sua saúde como um todo.

3. O ENSINO PARA SAÚDE

Sabe-se que em muitas situações são dadas à escola diferentes atribuições que de certa forma fogem à sua especificidade, recaindo sobre esta e seus professores responsabilidades que não lhes competem. Para Marx e Engels (2011) em sua obra Textos sobre Educação e Ensino, observou-se:

Desde o princípio [...] que o ensino podia converter-se em um dos meios fundamentais de dominação ideológica e, portanto, em um instrumento essencial para alcançar e consolidar a hegemonia da classe no poder. O estado de classe estava intimamente ligado ao ensino de classe. Ainda que não sem tensões, o aparato escolar se convertia em um apêndice da classe dominante (p. 18).

Sendo assim, não cabe à educação inculcar nos indivíduos a ideia de que a manutenção da sua saúde se configura única e exclusivamente enquanto a adoção de comportamentos e tomada de atitudes historicamente voltadas para questões biológicas. Ao mesmo tempo em que não se incita o fato de a escola não promover o ensino para saúde. O que se defende é que se faça necessário à escola compreender a educação enquanto uma mola propulsora, incumbida de promover acima de tudo o senso crítico dos escolares, estimulando sua autonomia, despertando-os para a necessidade de tomarem para si as rédeas de sua própria história, exigindo do Estado aquilo que lhe é de responsabilidades: educação, saúde, habitação, segurança, lazer, distribuição de renda etc.

Corroborando com essas afirmações, Moysés, Mysen & Krempel (2004), apontam que:

A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Pode ser entendida então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis (p.629).

Assim, se acredita que para o desenvolvimento da proposta do ensino para saúde no âmbito escolar, cabe a escola, o claro entendimento da saúde enquanto um grupo interdependente de diferentes esferas que em conjunto se complementam. Para tal, as diferentes áreas do conhecimento humano - aqui em específico no Ensino Médio, podem contribuir significativamente para o desenvolvimento desta compreensão de totalidade do que possa vir a ser saúde.

A guisa destas informações iniciais, é objetivo desta seção abordar elementos que possam subsidiar o ensino para a saúde a partir da ação coletiva dos docentes das mais diferentes

áreas do conhecimento humano tratado na escola, aqui em especial a escola pública de nível médio.

Como deve então a escola proceder para o desenvolvimento de ações didático-pedagógicas coletivas voltadas para a implementação do ensino para a saúde?

Compreende-se que a busca da superação da superespecialização no ensino seria uma das primeiras ações voltadas para o desenvolvimento desta práxis coletiva. Considerando ainda que a presente proposta é voltada para a implantação do ensino para saúde, poder-se-ia inferir que um determinado professor de uma disciplina da área de Humanas ou de Exatas, por exemplo, não necessariamente precisaria citar o termo saúde, ou falar sobre prática de atividades físicas, alimentação saudável ou anatomia e fisiologia humana numa discussão em sala de aula na tentativa de justificar o ensino para a saúde. O que deve estar claro para esse profissional é o comprometimento com sua especificidade didático-pedagógica vista a partir do todo. Aos seus alunos deve ser levada a clara compreensão do entendimento acerca das relações sociais entre os diferentes grupos humanos e como esses entraves determinaram e determinam o preconceito, a discriminação e a exclusão social; assim como a observância das discrepâncias entre valores considerando as características socioeconômicas e como estas são determinantes para o agravamento das desigualdades sociais, e como sabemos, não são os países mais ricos que têm os melhores índices de desenvolvimento humano, mas aqueles que promovem melhor equidade social.

Serão apresentados a seguir elementos norteadores considerados fundamentais para o desenvolvimento de uma prática pedagógica voltada acima de tudo para a promoção da saúde; onde a saúde é compreendida enquanto resultado de diferentes nuances que as definem, que as determinam, e o ser humano é reconhecido enquanto plural, diverso, total – omnilateral.

4.1 Integralidade

Falar em integralidade e falar sobre ressignificação da saúde, é compreender que para os ocidentais, imensamente inflados pelas questões socioeconômicas, consideram situações como o fato de perder o emprego, o *status* social, ficar só, envelhecer, são concebidas enquanto situações do adoecer, do estar doente.

Para Madel Luz (2009, p. 37), é fundamental repensarmos a saúde visto que é

[...] importante ressaltar [...] o papel de *ressignificação* da saúde, do adoecimento e da cura que essas práticas ou terapias representam para seus

doentes, e a contribuição que aportam para retirá-los do isolamento social da pobreza, do envelhecimento e da doença.

Podendo ainda, segundo a mesma autora, a saúde ser considerada, muitas vezes, enquanto resultado de uma conquista contra a cultura atual.

Como poderíamos discutir sobre o fato de para estarmos saudáveis se configuraria enquanto um entrave contra a cultura atual?

Numa sociedade onde beleza, heteronormatividade¹¹, etnia caucasiana, condição socioeconômica, juventude e jovialidade são ovacionados, cidadãos que não se enquadrem nesses parâmetros podem se sentir excluídos socialmente, o que pode ocasionar disfunções psíquicas.

Preta Gil (2016), em sua obra fonográfica intitulada *Sou como Sou*, faz uma crítica explícita aos valores referentes à felicidade - os quais se configuram enquanto sinônimo de saúde, defendidos pela contemporaneidade. No entanto, a artista aponta e defende que não é necessário, muito menos possível essa homogeneidade, valorizando, portanto, a diferença, a diversidade.

Vejamos:

Tem que ser branco
 Tem que ser alto
 Tem que ser magro
 Tem que ter saldo no banco
 Tem que ser sábio
 Tem que ser hétero
 Tem que ter cabelo
 Tem que ter carro do ano
 Tem que ser bilingüe
 Tem que ser beautiful
 Tem que ser formado
 Tem que ter cartão de crédito
 Tem que ser malhado
 Tem que ser católico
 Tem que ser bem-dotado
 E nada de cabelo branco
 Olho pela janela e não é o que vejo não
 Seria muito mal se fosse essa a situação
 Chega de preconceito e viva a união
 De toda raça, toda cor, sexo e religião
 Quer saber? Sou como sou
 Não quero me encaixar em nenhum padrão
 Pode crer, sou como sou
 Não preciso ser galã de televisão.
 (GIL, *Sou Como Sou*, 2016)

¹¹ A heteronormatividade “[...] teria o poder de ratificar, na cultura, a compreensão de que a norma e o normal são as relações existentes entre pessoas de sexos diferentes” (PETRY, MEYER, 2011).

Portanto, é conveniente ressignificar o que é saúde, conforme fora discutido na seção anterior, visto ser de fundamental importância compreendê-la em sua magnitude, sua amplitude e não necessariamente concebendo-a como a mera ausência de doenças, visto que a esfera humana é mais complexa do que se imagina, reconhecendo então que a saúde é determinada por diferentes constituintes: biológicos, socioculturais e psíquicos.

No tocante às questões econômicas e políticas, não é objetivo do presente trabalho dissertar sobre a atual conjuntura político-partidária e econômica do nosso país, mas como se pode falar sobre saúde e seus determinantes sociais sem mencionarmos os diversos malefícios psicossomáticos que podem ser desencadeados oriundos da atual crise política e econômica pela qual se passa no Brasil?

Para Madel Luz (2009), quando no início da década de 2000 realizava uma crítica a implantação do Estado Neoliberal, compreendia que

A proposta do Estado neoliberal, como estratégia, é encolher-se ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias, às quais faz apelos constantes de “participação” e “parceria”, atividades concernentes ao setor social, secularmente definidas como funções públicas essenciais. Também por isso essa forma de Estado tem sido denominada entre nós de *neoliberal*, como alusão ao Estado liberal clássico do fim do século XIX e da Primeira República, ou República Velha, no início do século XX (p. 23).

Analisando a fala da referida autora deve-se inferir que na atual conjuntura política e socioeconômica pela qual se passa, observa-se que novamente os fatos se repetem, onde o Estado violentamente ataca os direitos dos trabalhadores adquiridos historicamente para provavelmente corrigir os erros dos seus pares executivos, mais uma cena da eterna luta de classe defendida por Karl Marx.

Diante de tantos fatos, não é difícil observar-se como um expressivo percentual de pessoas acometidas atualmente por um dos principais males dessa contemporaneidade: a depressão.

A própria OMS, em um de seus relatórios publicado em abril de 2016 reconhece que a:

Depression is a common illness worldwide, with an estimated 350 million people affected. Depression is different from usual mood fluctuations and short-lived emotional responses to challenges in everyday life. Especially when long lasting and with moderate or severe intensity, depression may become a serious health condition. It can cause the affected person to suffer greatly and function poorly at work, at school and in the family. At its worst, depression can lead to suicide. Over 800 000 people die due to suicide every year. Suicide is the second leading cause of death in 15-29-year-olds. (WHO, 2016, p. 01)

E alguns anos antes a mesma organização já a concebia como um grave “problema de saúde pública em todas as regiões do mundo e tem ligações com as condições sociais em alguns países” (SCIENTIFIC AMERICAN, 2011, p. 01).

É provável que no âmbito escolar o entendimento sobre todos esses aspectos e como que estes podem inferir nos nossos níveis de saúde é de fundamental importância, pois se levará a repensar a prática pedagógica, fazendo-se compreender a saúde através de um horizonte mais amplo e complexo.

Voltemos para a Integralidade.

Para Roseni Pinheiro (2009, p. 69), a integralidade possui,

[...] um caráter polissêmico no âmbito das políticas de saúde no país, a integralidade é assumida aqui como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Conforme ulteriormente enunciado, para nossa Carta Magna, em seu Art. 196, a saúde,

“[...] é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Sabe-se que cabe ao Estado garantir formas de promoção, prevenção e recuperação de todos seus cidadãos, sendo inclusive na ocasião da sua promulgação criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual “estaria organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única de cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade (MATTOS, 2009, p. 43)”.

O mesmo autor define integralidade como uma das diretrizes básicas do SUS, e continua afirmando que ela “tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2009, p. 45)”.

No campo da medicina, integralidade seria a mola mestra da mudança que se almeja para uma atenção básica à saúde, procurando considerar o cliente – e não paciente, a partir de sua totalidade, e não promovendo o reducionismo fragmentando-o em órgãos, tecidos e sistemas, onde cada especialidade médica se encarregaria de estudar as devidas funções e prováveis disfunções – cabendo a este profissional reestabelecer sua normalidade. No entanto, essa especialização exacerbada faz com que muitas vezes estes profissionais não consigam

transcendê-la, tratando o indivíduo apenas pelo reducionismo biologicista, em detrimento dos determinantes psíquicos e socioculturais.

Talvez a partir da integralidade consigamos ser antagônicos ao reducionismo, este que se configura como a “incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto” (SANTOS, 2000, p. 83). E quiçá, seja superado o processo de medicalização, reconhecido como um processo social historicamente instaurado no qual coloca a medicina enquanto responsável cada vez mais por diferentes aspectos da vida social. “Através dela, a medicina não só trata doentes; ela recomenda hábitos e comportamentos” (MATTOS, 2009, p. 53).

É possível inferir que a integralidade se volta inicialmente para a área da saúde, mas sua principal contribuição para a área da educação provavelmente seja a implementação de políticas especiais, estas pensadas para atender especificamente um determinado público, aqui em questão a saúde. As políticas intersetoriais entre saúde e educação, por exemplo, são marcas institucionais dessa busca do Estado em atender públicos especiais, aqui em específico a escola.

Diante do exposto, Buss (1996), afirma que,

(...) usar as escolas como espaços privilegiados de fazer saúde por meio de programas de saúde escolar e de programas de educação em saúde com escolares. A promoção da saúde – obtida através de iniciativas criativas de educação para o setor, que são desenvolvidas em conjunto por professores e profissionais de saúde visando a ampliação da consciência sanitária – tem mostrado enorme capacidade para estender seus efeitos ao longo da vida futura de cada estudante, assim como, de imediato, para o interior de suas famílias (p.179).

Concorda-se aqui com Mattos (2009), em ser preferível a utilização do termo programa por este denotar um conjunto de ações do setor público para resolução ou enfrentamento de um determinado problema social detectado, o qual demanda gastos públicos e que não tem estabelecido um recorte temporal.

4.2 Interdisciplinaridade

O trabalho pedagógico não pode ser concebido enquanto uma ação isolada. Sendo assim, a prática pedagógica¹², extremamente política e carregada de valores sociais e filosóficos, deve se dar a partir da coletividade, onde todos ou uma significativa parte dos atores sociais envolvidos na trama do processo de ensino, os professores, convirjam para um único caminho.

Propor-se a trabalhar coletivamente requer dos professores o desafio de dialogar com o outro, o abandono das verdades pré-concebidas e supostamente acabadas, a necessidade de caminhar juntos em busca de uma só direção: a melhoria do processo de ensino.

E é nessa busca que através da arte da mediação pode-se encontrar um caminho para que a práxis pedagógica se dê de forma coesa, rompendo a superespecialização do ensino, trazendo para seus alunos a propriedade de compreensão do todo a partir do conjunto de suas partes.

À guisa dessas provocações iniciais, acredita-se que a interdisciplinaridade se configura enquanto eficiente recurso didático para que se discuta o trabalho docente, procurando transcender a ação pedagógica, fazendo com que através desta práxis apresente-se o conhecimento humano, historicamente construído e constantemente reconstruído, de forma coerente e coesa, explicitando o todo a partir de seus constituintes.

Para Paulo Freire,

[...] toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina, daí o seu cunho gnosiológico; a existência de objetos, conteúdos a serem ensinados e aprendidos; envolve o uso de métodos, de técnicas, de materiais; implica, em função de seu caráter diretivo, objetivo, sonhos, utopias, ideais. Daí a sua politicidade, qualidade que tem a prática educativa de ser política, de não poder ser neutra (FREIRE, 1996, p. 41).

Acreditamos que é importante realizar um marco em nossa discussão: o fato de, numa intenção coletiva para o desenvolvimento de qualquer que seja a proposta de trabalho interdisciplinar, em específico o ensino para saúde, faz-se necessário compreender que esta, a Interdisciplinaridade

¹² Ela compreende, além da prática em classe com os alunos, os atos efetuados fora do tempo escolar frequentemente realizados na ausência dos alunos, entre outros as ações ligadas à planificação, aos encontros com os colegas de trabalho e aos encontros com os pais. (OLIVEIRA, 2008, p. 55).

[...] somente torna-se possível onde várias disciplinas se reúnam a partir de um mesmo objeto, porém é necessário criar-se uma situação-problema no sentido de Freire, onde a ideia de projeto nasça da consciência comum, da fé dos investigadores no reconhecimento da complexidade do mesmo e na disponibilidade destes em redefinir o projeto a cada dúvida ou a cada resposta encontrada. Neste caso, convergir não no sentido de uma resposta final, mas para a pesquisa do sentido da pergunta inicialmente enunciada. (FAZENDA, 2008, p. 22).

O trabalho interdisciplinar também traz à tona uma nova possibilidade para o trabalho pedagógico, a possibilidade de aproximação do conhecimento à realidade social. Visto que,

[...] além do desenvolvimento de novos saberes, a interdisciplinaridade na educação favorece novas formas de aproximação da realidade social e novas leituras das dimensões socioculturais das comunidades humanas. [...] O processo interdisciplinar desempenha papel decisivo para dar corpo ao sonho de fundar uma obra de educação à luz da sabedoria, da coragem e da humildade. [...] A lógica que a interdisciplinaridade imprime é a da invenção, da descoberta, da pesquisa, da produção científica, porém gestada num ato de vontade, num desejo planejado e construído em liberdade. (FAZENDA, 2002, p. 14, 18, 19).

À guisa destas informações, acredita-se que mediante às próprias características da interdisciplinaridade, que os escolares sejam instrumentalizados, despertados para a necessidade de intervirem em sua realidade sociocultural e econômica, tornando-os autores de sua própria história, melhorando assim seus os níveis de saúde e qualidade de vida.

Apresentaremos agora uma apreciação conceitual sobre a interdisciplinaridade, ressaltando a importância do professor interdisciplinar em sua prática didático pedagógica.

Uma definição do que é interdisciplinaridade apresentada em 1970 pelo CERI (Centro para Pesquisa e Inovação do Ensino), o qual dispõe que esta (a interdisciplinaridade),

[...] é definida como interação existente entre duas ou mais disciplinas, verificamos que tal definição pode nos encaminhar da simples comunicação das ideias até a integração mútua dos conceitos-chave da epistemologia, da terminologia, do procedimento, dos dados e da organização da pesquisa e do ensino, relacionando-os. (FAZENDA, 2008, p. 18).

Segundo a própria autora a referida definição se apresenta muito ampla, não sendo suficiente para consubstanciar práticas pedagógicas ou formação de professores.

Neste sentido, é essencial perceber que a interdisciplinaridade pode ser compreendida, *a priori*, a partir de dois vértices: um voltado para a formação de professores; o outro direcionado à prática pedagógica em seu fazer docente.

Em ambos os casos é importante notar que a interdisciplinaridade é fundamental na formação profissional e educacional, pois,

[...] requer competências relativas às formas de intervenção solicitadas e às condições que concorrerem para o seu melhor exercício. Neste caso, o desenvolvimento das competências necessárias requer a conjugação de diferentes saberes disciplinares. Entenda-se por saberes disciplinares: saberes da experiência, saberes técnicos e saberes teóricos interagindo de forma dinâmica sem nenhuma linearidade ou hierarquização que subjuguem os profissionais participantes (FAZENDA, 2008, p. 23).

Entende-se que, na perspectiva interdisciplinar não existe uma suposta hierarquia entre os saberes, visto que ambos são compreendidos enquanto contributivos para o melhoramento profissional ou humano dos sujeitos envolvidos no processo de formação profissional ou educacional.

Investir na interdisciplinaridade significa, antes de mais nada, entregar-se à possibilidade de compartilhamentos mútuos, incorporação de novos modelos ou formas de metodologias de trabalho didático pedagógico, permitir-se à necessária transformação de sua prática docente, estar aberto a descobertas de novos horizontes, como também estar preparado ao desmonte de fronteiras entre si e o outro, entre sua área de atuação e as demais áreas circundantes.

Nas palavras de Japiassu (1976, p. 75):

Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicos, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados. Donde poderemos dizer que o papel específico da atividade interdisciplinar consiste, primordialmente, em lançar uma ponte para ligar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas com o objetivo preciso de assegurar a um seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos.

Visto dessa forma, pode-se conceber que a ação interdisciplinar aposta na possibilidade de uma formação mais humana e integral onde os sujeitos possam se perceber pares, abertos ao outro, dispostos ao diálogo, à mudança.

Significa, portanto, defender um novo tipo de pessoa,

[...] mais aberta, mais flexível, solidária, democrática. O mundo atual precisa de pessoas com uma formação cada vez mais polivalente para enfrentar uma sociedade na qual a palavra mudança é um dos vocábulos mais frequentes e onde o futuro tem um grau de imprevisibilidade como nunca em outra época da história da humanidade. (TORRES SANTOMÉ, 1998, p. 45)

Edgar Morin analisa a interdisciplinaridade enquanto um conglomerado polissêmico, onde cada membro tem garantido seu direito de fala procurando apresentar seu ponto de vista, e as tomadas de decisão são realizadas coletivamente respeitando os posicionamentos do outro, podendo ainda criticar, sugerir, discutir na tentativa de melhoraria da proposta coletiva.

Para ele:

A interdisciplinaridade pode significar, pura e simplesmente, que diferentes disciplinas são colocadas em volta de uma mesa, como diferentes nações se posicionam na ONU, sem fazerem nada além de afirmar, cada qual, seus próprios direitos nacionais e suas próprias soberanias em relação às invasões do vizinho. Mas interdisciplinaridade pode significar também troca e cooperação, o que faz com que a interdisciplinaridade possa vir a ser alguma coisa orgânica. (MORIN, 2001, p. 115)

Segundo Sommerman (2011, p. 06) a interdisciplinaridade pode se apresentar de duas formas específicas:

Interdisciplinaridade do tipo pluridisciplinar (que também poderia ser chamada de interdisciplinaridade centrífuga ou fraca): aparecerá quando o predominante nas equipes multidisciplinares for a transferência de métodos de uma disciplina para outra; [...] Interdisciplinaridade forte (ou interdisciplinaridade centrípeta) aparecerá quando o predominante não for a transferência de métodos, mas sim de conceitos, e quando cada especialista não procurar apenas transferir seu conhecimento para o outro [aqui a necessidade do diálogo se faz presente por], requer o favorecimento das trocas intersubjetivas dos diferentes especialistas, onde cada um reconheça em si mesmo e nos outros não só os saberes teóricos, mas os saberes práticos e os saberes existenciais.

Como se observa, o processo didático pedagógico desenvolvido numa perspectiva interdisciplinar se alicerça fundamentalmente no diálogo, tanto entre pessoas, quanto entre disciplinas. Este não se consubstancia significativamente na mera transmissão de conhecimento. Compreendido dessa forma, trabalhar interdisciplinarmente é acima de tudo propor-se ao enfrentamento com o novo, com o outro; é entregar-se á eterna construção e reconstrução do conhecimento humano historicamente construído e constantemente reconstruído pelo Homem; é reconhecer-se acima de tudo incompleto e inacabado (FREIRE, 1996).

O professor interdisciplinar pode ser caracterizado, conforme as palavras de Maria Cândida Moraes, enquanto um empreendedor, pois:

[...] El profesor interdisciplinario se revela y se transforma en el ejercicio de su propia docencia. Es allí que donde se revela como un espíritu curioso en constante búsqueda, como espíritu investigador, que busca el auto-conocimiento y el conocimiento del outro, como un ser que respeta su historia

de vida y la del otro. Es allí, en la cotidianidad de las clases, cuando su mente abierta y su visión más amplia y profunda del mundo se renuevan en la lectura crítica y amorosa de las experiencias discente o docente. Es en el anonimato de las clases cuando las competencias humanas y éticas, además de las pedagógicas y relacionales del profesor interdisciplinario, se revelan y sus visiones del mundo se materializan. (MORAES, 2007, p. 41-42).

Ivani Fazenda (2003) reforça que este professor necessita acima de tudo, compreender o valor do diálogo, pois “[...] mais do que nunca, reafirmamos a importância do diálogo, única condição possível de eliminação das barreiras entre as disciplinas. Disciplinas dialogam quando as pessoas se dispõem a isto [...]” (p.50).

Admite-se que um dos princípios básicos da educação é o eterno questionamento, a permanente dúvida, o estímulo à pesquisa, à busca pelo conhecimento. É saber que nada nem ninguém está plenamente conhecido, que haverá sempre algo novo para se descobrir, para se saber, para se conhecer.

Não existe nada suficientemente conhecido. Todo o contato com o objeto a conhecer envolve uma readmiração e uma transformação da realidade. Se o conhecimento fosse absoluto, a educação poderia constituir-se em uma mera transmissão e memorização de conteúdos, mas como é dinâmico, há necessidade da crítica, do diálogo, da comunicação, da interdisciplinaridade. (FAZENDA, 2003, p. 41)

Assim, concluímos, utilizando as palavras de Trindade, acreditando na possibilidade de trabalharmos no desenvolvimento do ensino para a saúde dentro do espaço escolar, procurando desnaturalizá-la, compreendendo-a a partir de todos os seus determinantes sociais, interdependentes e convergentes para a melhoria da qualidade de vida dos nossos escolares.

A prática interdisciplinar pressupõe uma desconstrução, uma ruptura com o tradicional e com o cotidiano tarefairo escolar. O professor interdisciplinar percorre as regiões fronteiriças flexíveis onde o "eu" convive com o "outro" sem abrir mão de suas características, possibilitando a interdependência, o compartilhamento, o encontro, o diálogo e as transformações. Esse é o movimento da interdisciplinaridade caracterizada por atitudes ante o conhecimento. (TRINDADE, 2008, p. 82).

3.3 Políticas Públicas para o Ensino da Saúde

Pretende-se demonstrar aqui um breve histórico sobre o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a saúde dos escolares em especial no Brasil, no entanto, é importante apontar um marco conceitual para o que são políticas públicas.

Laswell apud Souza (2006) aponta que políticas públicas podem ser compreendidas enquanto decisões e análises que implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê,

por quê e que diferença faz. Deve-se então compreender que “política pública é um conjunto de decisões e não uma decisão isolada” (GONÇALVES, 2012, p. 50).

Em face do exposto, pode-se conceber políticas públicas para o ensino da saúde, como o conjunto de ações direcionadas para a promoção da qualidade de vida e prevenção de agravos à saúde no âmbito escolar.

Conforme mencionado na seção Saúde, a origem das políticas para a saúde escolar remonta ao final do século XVIII ao início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou o *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei* que ficou conhecido posteriormente como Sistema Frank. Por conta desse feito, é dado a ele o mérito de pai da educação escolar voltada para a saúde, visto ele ter sistematizado toda a atenção que deveria ser dispendida aos escolares: desde a saúde física e mental até a prevenção de acidentes e instalações adequadas (FIGUEREDO et AL, 2010, p. 398).

No Brasil, os primeiros estudos sobre saúde escolar se deram a partir de 1850, e como observa Lima (1985), embora o Barão de Lavradio tivesse baixado um decreto no qual regulamentasse a inspetoria das escolas públicas e privadas da corte, de fato a preocupação com a saúde dos escolares só veio ganhar real impulso a partir do século XX.

Foi então que, a partir da década de 1930, as atividades voltadas para Educação em Saúde passaram a ser realizadas dentro das campanhas sanitárias, nas escolas e nos centros de saúde. Mas ainda assim se dava muita ênfase aos aspectos biológicos e na consciência sanitária individual.

Shiroma reafirma que no Brasil, foi a partir do século XX que se deu a institucionalização da Educação e Saúde de modo conjunto, pois segundo ele:

Uma das primeiras medidas do Governo Provisório instalado com a revolução de 1930 foi de criar o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública – (...) – conferindo à União poder para exercer sua tutela sobre os vários domínios do ensino no país. Tratava-se de adaptar a educação a diretrizes que notadamente a partir daí se definiam tanto no campo político quanto no educacional. O objetivo era o de criar um ensino mais adequado à modernização que se almejava para o país e que se constituísse em complemento da obra revolucionária, orientando e organizando a nova nacionalidade a ser construída. (SHIROMA, 2007, p. 16).

Certamente, um dos principais marcos acadêmicos voltados para a saúde dos escolares no Brasil data da década de 1970, na Escola de Saúde da Universidade de São Paulo, quando a professora Ruth Sandoval Marcondes dissertava sobre “*Educação em Saúde na Escola*”, e segundo ela os objetivos seriam:

- a. Contribuir para a proteção e promoção da saúde do escolar, proporcionando-lhe um ambiente físico e emocional adequado ao seu crescimento e desenvolvimento, ajudando-o a compreender a importância dos exames de saúde periódicos, estimulando-o a utilizar os recursos de saúde da comunidade, concorrendo para a prevenção e controle das doenças transmissíveis.
- b. Desenvolver um currículo orientado no sentido de atender as necessidades e interesses do escolar, proporcionando-lhes experiências de aprendizagem que o habilitem a aplicar as descobertas científicas em benefício de sua saúde.
- c. Levar o escolar a compreender a necessidade da sua participação para o equacionamento dos problemas de saúde pessoais, de sua família e de sua comunidade. (MARCONDES, 1971, p. 91).

Nota-se que a referida professora apresentava naquele momento histórico uma preocupação com a saúde vista não apenas pelo olhar reducionista das ciências biológicas, mas compreendida de maneira global, interdisciplinar.

Não muito obstante assim, nos livros didáticos de Ciências e Biologia da segunda metade do século XX encontravam-se discussões sobre saúde dos escolares, mas sob um viés predominantemente biológico, o qual não reconheciam que as questões socioeconômicas e ambientais interferem diretamente nos níveis de saúde dos escolares.

Nas duas últimas LDB torna-se evidente a preocupação com a saúde dos escolares. A Lei 5692/71 instituiu o programa de saúde no âmbito escolar, criando a disciplina ‘programa de saúde’, onde o ministrante era o professor de Ciências; tinha-se também a ‘prática de saúde’ a qual era desenvolvida por técnicos da saúde e implicava na visita de profissionais de saúde à escola para monitoria da saúde das crianças e adolescentes.

Com a Lei 9394/96 foram implantados no sistema educacional brasileiro por volta da segunda metade da década de 1990 os PCN, os quais apresentam a estreita ligação entre a educação e a saúde, em especial nos documentos dos Temas Transversais: Saúde, Meio ambiente e Orientação Sexual. Para o ensino médio, foram apresentados os PCN+ voltados para a nova configuração do ensino médio no Brasil: Linguagens e suas Tecnologias (Língua Portuguesa, Línguas Estrangeiras, Educação Física, Informática e Arte), Matemática e suas Tecnologias, Ciências da Natureza e suas Tecnologias (Biologia, Química e Física) e Ciências Humanas e suas Tecnologias (Geografia, História, Filosofia e Sociologia).

Uma outra iniciativa de preocupação institucional com a saúde dos escolares é a da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a qual tem estimulado desde 1995, a implantação das IREPS (Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde) com o objetivo de fortalecer a capacidade dos países da América Latina e do Caribe na área de saúde escolar.

Segundo a OPAS, com a implantação de escolas promotoras de saúde há uma demanda da ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos

problemas de saúde, como também na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los. Convém ressaltar que esta ação implica em um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade.

Para Figueiredo (2010, p. 399), as Escolas Promotoras de Saúde:

Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral, tendo três componentes relacionados entre si, a saber: 1) Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; 2) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e, 3) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.

Por fim, sob o Decreto Lei nº 6286 de 5 de dezembro de 2007, foi instituído em todo o território nacional brasileiro o PSE, que tem como objetivo principal “contribuir com a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”. (BRASIL, 2006, p. 01).

A finalidade desse programa é promover a articulação entre as ações do SUS e as ações da educação básica, através da intersetorialidade. Convém aqui ressaltar que esta correlação deverá ocorrer através da ação dialógica, pensada e planejada, e não apenas na intervenção passiva dos profissionais da saúde no interior da escola sem considerar o agente formador e transformador de opinião que é o professor (COSTA, 2013).

Diante do que foi apresentado, acreditamos que esteja claro para os profissionais da Educação, sobre nossa responsabilidade frente ao ensino para saúde, devendo este ser trabalhado de preferência interdisciplinarmente e que haja conexões intersetoriais com profissionais da saúde, promovendo assim uma cultura de educação para saúde pela abordagem integral.

4. ANÁLISE E DISCUSSÕES

O processo de desnaturalização da saúde não é uma tarefa fácil de se realizar. Compreender a saúde como o resultado de diferentes determinantes que em mútua relação interdependente constituem os níveis de saúde de um povo, de um indivíduo, se configura como um desafio para diferentes profissionais que atuam na relação interpessoal, como educação e saúde, por exemplo.

Assim, o presente trabalho se propôs em contribuir para a implantação do ensino para saúde nas escolas públicas que ofertam o Ensino Médio da rede estadual de Sergipe, em especial no local de nosso universo – o Colégio Estadual Maria Rosa de Oliveira. Para tal procuramos levantar discussões e promover reflexões acerca da ação didático-pedagógica dos professores, contribuindo assim para a implantação da referida proposta.

Em algumas de nossas conversas sobre os prováveis obstáculos que dificultariam o desenvolvimento do ensino para saúde em nosso *locus* de intervenção, concordamos que o reducionismo biológico - o qual nos induz a compreendermos a saúde apenas como a mera ausência de doenças, hipervalorizando os aspectos físicos, negligenciando os determinantes socioculturais e econômicos – se configurava enquanto um dos principais obstáculos para a implantação do novo.

No entanto, outros elementos não podem ser desconsiderados, como por exemplo, a resistência de alguns profissionais em trabalhar interdisciplinarmente, mesmo tendo a informação de que a prática interdisciplinar se encontra explicitamente descrita no Projeto Político Pedagógico da referida instituição, sendo inclusive recomendada que a ação docente se desenvolva dentro destes moldes.

Compreendido dessa forma, torna-se difícil vislumbrar a saúde enquanto resultado da relação de diferentes esferas interdependentes que se complementam, que as determinam (NIEMAN, 1999).

Torna-se necessário se compreender que essa herança do reducionismo biológico enquanto determinante único da saúde remonta, no caso do Brasil, desde a implantação do ensino enquanto um direito do povo brasileiro – ainda que sendo para poucos e privilegiados. Na escola dos primórdios do Brasil República a saúde era tematizada nas aulas da disciplina Programas de Saúde com os conteúdos de saúde e higiene, a disciplina de Ciências, a qual apresentava o corpo humano e seus constituintes (micro e macro), assim como a disciplina de Educação Física, onde era estimulada a prática de exercícios físicos, sendo esses últimos

rejeitados pelos filhos da elite pois viam o esforço físico enquanto uma analogia ao trabalho braçal, o qual era direcionado aos negros e mais pobres (BRASIL, 1998).

Pode-se observar que o conceito de saúde se desenvolveu no cenário brasileiro extremamente inflado pelo conhecimento médico sanitário, e quase sempre voltado para as questões referentes ao corpo: os cuidados para que este não adoecesse, os hábitos de higiene, a necessidade da prática de atividades físicas, os cuidados com a alimentação etc.

Convém novamente ressaltar que esta proposta de trabalho em hipótese alguma comunga da ideia de se negar as inúmeras e inquestionáveis contribuições que as ciências médicas concederam à melhoria da qualidade de vida das pessoas através dos avanços referentes à compreensão sobre os elementos que podem desencadear as diferentes doenças, o controle, cura e extermínio de muitas destas, promovendo inclusive, além de outros fatores o aumento da perspectiva de vida das pessoas de forma expressiva nas últimas décadas (BRASIL, 2016).

O que se pensa, no entanto é que nós, professores, precisamos desenvolver a capacidade de transcendermos a barreira do reducionismo biologicista, assim como a própria medicina já percebeu que precisa superar o modelo da medicalização (SCLIAR, 2000) - não à toa as atuais campanhas de humanização dos serviços de saúde, procurando apresentar ou compreender a saúde em sua totalidade.

Integralidade talvez fosse a palavra que mais se encaixaria aqui nesse contexto para nos auxiliar na fundamentação da proposta a qual estamos levantando bandeira, visto que teimamos em conceber a saúde a partir de um viés de totalidade, promovendo uma superação da superespecialização do conhecimento, buscando assim compreender que não temos um corpo, somos um!

Quando falamos em corpo, estamos acima de tudo tentando trazer à tona a necessidade de compreendermos este através da totalidade, considerando todas as nuances determinantes para a ‘homeostase’ necessária para a conquista do equilíbrio sociocultural e biofisiológicos os quais determinam a saúde. Cabendo assim que as questões sociais, culturais, econômicas, psicossomáticas e ambientais, ambas determinantes em comum peso para os níveis de saúde e qualidade de vida sejam devidamente consideradas quando estivermos tratando do ser.

Estes são os níveis de saúde que defendemos, que disseminamos, que perseguimos!

Necessita-se de professores - estes que contribuem diretamente no desenvolvimento de atitudes e comportamentos que podem impactar significativamente na melhoria dos níveis de saúde dos alunos, que consigam compreender essa totalidade referente às questões de saúde. Professores que sejam capazes de pensar em saúde na escola enquanto uma proposta global

onde todas as disciplinas possam contribuir para a compreensão desta pelo viés da totalidade, que a escola consiga comungar o verbo ‘promover’ no coletivo, interdisciplinarmente.

Estamos certos que não é algo muito fácil de se atingir, superar o reducionismo ao qual adjetivamos de biológico, transpor os limites que nos impedem de dialogar com o outro, de nos propormos a vivência com o novo, visto que requer o rompimento de verdades incrustadas em nossa formação e nos debruçarmos na descoberta do novo e em contato com o outro.

Conforme descrito na seção 2 – Metodologia, daremos continuidade ao método Pesquisa–Ação, realizando a análise e promovendo a discussão dos dados em três momentos específicos, a saber: Fase Principal - contextualização histórica da prática pedagógica voltada para o ensino da saúde; Fase de Ação - proposição de alternativas pedagógicas para a prática; Fase de Avaliação - planejamento de práticas pedagógicas deliberadas coletivamente (Provocações Finais).

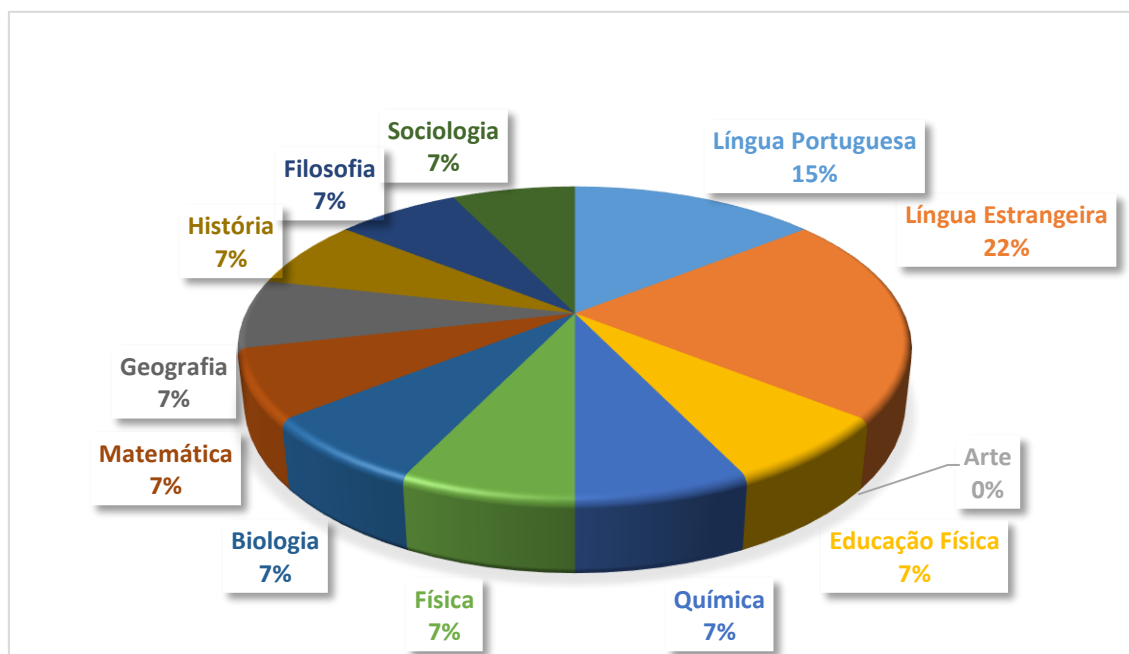
4.1 Fase Principal - contextualização histórica da prática pedagógica voltada para o ensino da saúde

Para a coleta de dados da Fase Principal foi utilizado um questionário semiestruturado, composto por cinco questões, sendo duas fechadas e três abertas. Nesse momento do trabalho procurou-se diagnosticar a atual compreensão dos professores de nossa amostra acerca do que é saúde, bem como se dava o ensino para saúde, ou este poderia ser implantado em nossa instituição de ensino.

O gráfico 01 apresenta em dados percentuais o quantitativo de professores por disciplina que participaram da amostra da pesquisa.

Em números, estes foram dois de Língua Portuguesa, três de Língua Estrangeira, e respectivamente um das demais disciplinas que compõem o Ensino Médio regular. Convém se observar que as disciplinas de Filosofia e Sociologia eram ministradas pelo mesmo professor, e que no momento da pesquisa não havia professor habilitado em Arte, sendo assim, a referida disciplina era ministrada por professores que apenas complementavam sua carga horária.

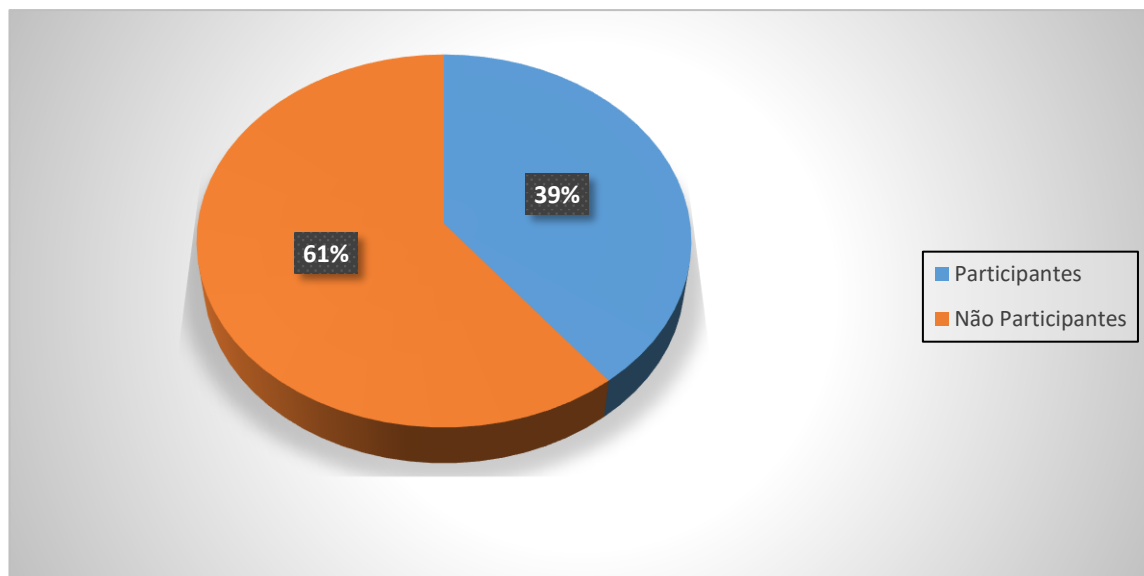
Gráfico 01: Quantitativo percentual de professores participantes por disciplina.



Fonte: Dados da coleta de dados da pesquisa, 2016.

Se considerarmos o quantitativo de professores lotados no Ensino Médio em nossa instituição no ano de 2016, assim distribuídos 12 na área de Linguagens, Códigos e suas Tecnologias (Língua Portuguesa, Línguas Estrangeiras, Arte e Educação Física); 11 na área de Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias (Química, Física, Biologia e Matemática); e 08 em Ciências Humanas e suas Tecnologias (Geografia, História, Filosofia e Sociologia), podemos avaliar que contamos com um número razoável de participantes. Apesar de muitos colegas se recusaram a participar da pesquisa e desenvolvimento da ação, alegando problemas pessoais ou falta de tempo, corroborando assim com nossa ulterior afirmação quando apontávamos quais seriam dos principais elementos que se mostravam enquanto prováveis obstáculos de resistência, dificultando assim a implantação de uma proposta de mudança no ensino em nossa escola.

Gráfico 02: Percentual de Professores Participantes e Não Participantes da Amostra.

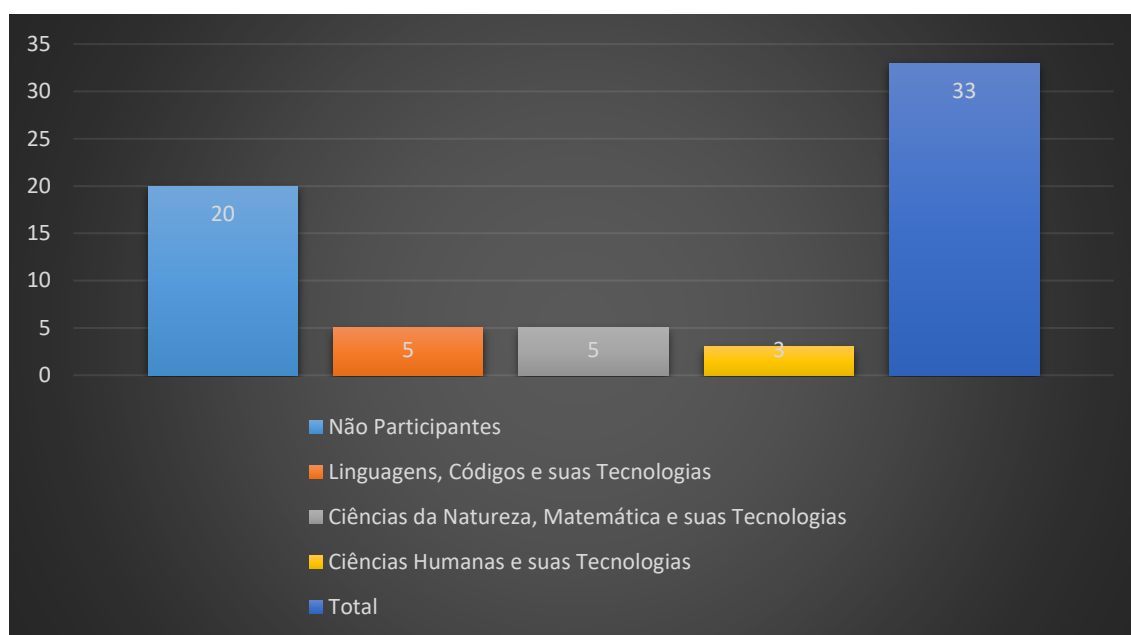


Fonte: Dados da coleta de dados da pesquisa, 2016.

O gráfico 02 nos apresenta em valores percentuais o quantitativo de professores que atuavam no Ensino Médio em 2016 em nossa escola, e destes quantos participaram enquanto amostra da pesquisa. Enquanto participantes tivemos um percentual de 39%, contra 61% de não participantes, corroborando assim nossa análise acerca da resistência de significativa parcela do nosso corpo docente em participar da pesquisa e ação a qual será descrita ulteriormente.

O gráfico 03 apresenta proporcionalmente o quantitativo não participante e o efetivo participante por área do conhecimento da amostra da pesquisa, considerando agora as diferentes áreas do conhecimento no Ensino Médio.

Gráfico 03: Quantitativo de Professores da Amostra da Pesquisa por Área do Conhecimento.



Fonte: Dados da coleta de dados da pesquisa, 2016.

Para preservar a integridade profissional dos professores participantes da amostra, continuamos identificando-os aqui na Fase Principal da pesquisa através de caracteres alfanuméricos conforme utilizados na Metodologia. Portanto, todos os professores da área de Linguagens, Códigos e suas Tecnologias serão identificados com a vogal A; os da área de Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias com a vogal B; e por fim os da área de Ciências Humanas e suas Tecnologias com a vogal C, acrescidos de numerais a título de identificação dentro da própria área.

Sendo assim, no caso das Linguagens: A1 = Língua Portuguesa (¹, ²), A2 = Língua Estrangeira (¹ – Inglês, ² – Espanhol), A3 = Educação Física; Ciências da Natureza e Matemática: B1 = Química, B2 = Física, B3 = Biologia, B4 = Matemática (¹, ²); Ciências Humanas: C1 = Geografia, C2 = História, C3 = Filosofia e Sociologia.

Feito isso, questionamos nossa amostra como estes, enquanto formadores de opinião, compreendiam os termos saúde e promoção da saúde?

Foi muito interessante observar como nossa formação social e profissional nos faz compreender a saúde ou através da fragmentação do ser, concebendo a saúde pelo reducionismo biológico, ou então nos conduz à utilização acrítica da definição concebida pela OMS em 1948, a qual define a saúde enquanto um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1948). A maioria dos professores apontou saúde dentro desses moldes (A1¹, A1², B3, B4¹, B4², C2).

Estamos certos de que o alcance a essa completude referente ao bem-estar físico, mental e social defendido pela OMS e referendada pela maioria dos professores participantes da nossa amostra se configura enquanto um objetivo inatingível dentro da esfera humana, visto que conviver em sociedade implica automaticamente em concessão das partes possibilitando assim a coletividade, tornando assim impossível o alcance dessa completude (SEGRE & FERRAZ, 1997).

O professor C3 concebe a saúde através de uma *‘visão holística, ou seja, abrange o tripé biológico, social e psicológico’*. Chamou-nos a atenção também a tentativa de definição sobre saúde concedida pelo professor A3: *‘Saúde é a capacidade de nos posicionarmos positivamente frente a todas as situações do estar vivo’*. Compreendida dessa forma, o referido professor nos apresenta, ainda que implicitamente, a saúde enquanto um todo composto por diferentes partes, apresentando-nos a necessidade de nos posicionarmos positivamente frente às adversidades da vida.

A área de Humanas, na pessoa do professor C1, compreende a saúde enquanto um direito adquirido e que deve ser assegurado pelo Estado, conforme se encontra estabelecido em nossa Carta Magna, e onde no mesmo momento histórico foi criado o SUS (BRASIL, 1988).

Conforme apresentado na seção Saúde, no presente trabalho foi adotada a tentativa de definição de saúde concedida pela VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual promove uma superação ao reducionismo biológico reconhecendo as diferentes esferas as quais compõem o ser humano, considerando respectivamente seus determinantes sociais.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 04).

Ainda sobre a questão do conceito de saúde pelos componentes da amostra, não ficou clara a tentativa de definição do professor A2², quando associou a saúde a um projeto que combinasse alimentação saudável e práticas esportivas, sem fazer menção à promoção da saúde; assim como as tentativas de definição não muito claras dos professores B1 e B2. Já o professor A2¹ preferiu não responder ao que é saúde, fazendo referência apenas à promoção da saúde, onde segundo o referido docente, essa se configura enquanto uma “Estratégia de política pública que ajude na promoção da saúde social, conscientizando a população sobre qualidade de vida, prevenir doenças, cuidar da alimentação, importância do saneamento e outros”.

Como apresentado na seção 2 – Saúde, devemos estar certos de que esta, a saúde, se configura enquanto resultado das diferentes relações de interdependência que as esferas biológica, psicológica, espiritual e social mantêm, e que de certa forma determinam os níveis de saúde das pessoas (NIEMAN,1999).

No tocante ao verbo promover, sabe-se que este é significativamente mais abrangente que prevenir. Enquanto prevenir remete ao ato de nos precaver de algo ou alguém. Promover implica em ações e atitudes que favoreçam, impulsionem ou estimulem as pessoas para a melhoria global de sua qualidade de vida. Leavell & Clark (1976), apontava que a promoção da saúde não se dirige a curar doenças, mas é constituída por ações, medidas e atitudes que buscam melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas.

O quadro 01 apresenta de que forma a amostra da pesquisa compreende a promoção da saúde, trazendo-nos à necessidade de intervirmos coletivamente para uma melhor compreensão acerca do termo.

Quadro 01: Compreensão do Termo Promoção da Saúde pela Amostra da Pesquisa.

Classificação	Disciplinas	Quantitativo	Percentual
Compreensão aberta sobre a Promoção da Saúde	A1 ¹ , A1 ² , A2 ¹ , A3, B2, B3, B4 ¹ , B4 ² , C1, C2	10	77%
Conceituação Fechada	A2 ² , B1	02	15%
Não Conceituaram	C3	01	08%
Total	13	13	100%

Fonte: Dados da coleta de dados da pesquisa, 2016.

Analisando o Quadro 01, observa-se que nos dados apresentados há uma expressiva compreensão teórica por parte dos componentes da amostra sobre o que possa vir a ser promoção da saúde: 77% compreendem a promoção da saúde enquanto um conjunto de “ações de conscientização [...], prevenção, educação, com o intuito de melhorar a qualidade de vida no âmbito do bem-estar global”. (Professor C3).

Para tal grupo classifica-se sua forma de compreender a questão da Promoção da Saúde enquanto aberta, ampla, total. Desse feito, acredita-se ser possível desenvolver uma proposta de ensino para saúde abarcando todas as áreas do conhecimento dentro do espaço escolar, contemplando assim a perspectiva da totalidade através da interdisciplinaridade.

Conforme descrito na seção Ensino para Saúde, diferentes materiais de apoio foram desenvolvidos enquanto subsídios para o trabalho pedagógico dos professores no Brasil, apresentadas como políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da educação.

Logo após a promulgação da Lei 9394/96 de 20 de dezembro de 1996, a LDB (BRASIL, 1996), foram paulatinamente desenvolvidos instrumentos didáticos os quais procuram dar norte para a melhoria do ensino por parte dos professores do Brasil na educação pública básica. Os PCN, segundo o próprio sítio do MEC, são o resultado de vários meses de discussão de especialistas de diferentes instituições de nível superior de todo o Brasil, e que servem basicamente como uma matriz de referência para a implementação da base curricular nacional, estimulando, no entanto, o professor a adequar o material à sua proposta pedagógica considerando as peculiaridades socioeconômicas e culturais de sua clientela.

Direcionados por nível de ensino, foram produzidas diferentes obras voltadas para a Educação Infantil; por disciplinas, no caso do Ensino Fundamental; ou áreas, para o Ensino Médio. Um outro avanço importante proposto pelos PCN é a necessidade de os professores realizarem a apresentação dos conteúdos considerando suas diferentes categorias: conceitual, procedimental e atitudinal.

Foram considerados também diferentes temas de relevância social e com orientação didática para serem desenvolvidos preferencialmente de forma interdisciplinar se não por todos os docentes, mas por uma parte significativa deles. Conhecidos por Temas Transversais, estes são apresentados com os seguintes títulos: Saúde, Orientação Sexual, Trabalho e Consumo, Meio Ambiente, Pluralidade Cultural e Ética.

Foi questionado aos professores se eles desenvolviam alguma ação transversal na área da saúde, fosse ela individual ou coletiva; foi solicitado, em caso positivo, que procurassem descrever a referida ação. Tais dados estão dispostos no quadro abaixo para melhor visualização e compreensão, em seguida serão analisados explicitando a compreensão dos docentes referente a temática da saúde na perspectiva da transversalidade.

Quadro 02: Professores da Amostra que desenvolvem Ações Transversais na Escola voltadas para a Saúde.

Professor	Ação Transversal voltada à temática Saúde
A1 ¹	Quando abordo este tema, geralmente, refiro-me à importância de uma alimentação saudável e à prática da atividade física para o desenvolvimento físico e intelectual.
A1 ²	Abordo através dos variados gêneros textuais através de debates, produções textuais.
A2 ¹	Através de textos temáticos variados que abordem o assunto e possam acrescentar aos discentes, conhecimento de prevenção de doenças, cuidados com a saúde, alimentação.
A4	Por trabalhar diretamente com as questões referentes ao corpo, torna-se muito compreensível para os alunos a influência dos diferentes determinantes da saúde na qualidade de vida das pessoas.
B1	Através de conteúdos, pesquisas e debates com os discentes.
B3 ¹	Sempre que possível sim, mesmo que de forma superficial, através do tratamento de informações (análise, leitura e interpretação de gráficos e tabelas).
C1	Trabalhando com textos, explanação oral, vídeos, noticiários, orientando os alunos e explicando a importância de prevenção e combate à epidemias, educação para a saúde, dentre outros temas.
C2	Sempre que aplico um assunto que aborde a questão da saúde como a peste negra na idade média ou as condições de moradia da idade moderna. Trago o tema para a atualidade, como a relação do saneamento básico e as epidemias da atualidade.

Fonte: Dados da coleta de dados da pesquisa, 2016.

Considerando a transversalidade como um princípio pedagógico que pode e deve ser utilizado pelo professor para tematizar assuntos de importante relevância social para a vida cotidiana dos escolares, torna-se necessário que este procure realizar reflexões pedagógicas sobre sua intervenção profissional, a qual, segundo Souza *apud* Coletivo de Autores (1994) apresenta as seguintes características:

Diagnóstica, porque remete à constatação e leitura dos dados da realidade. Esses dados carecem de interpretação, ou seja, de um julgamento sobre eles. Para interpretá-los, o sujeito pensante emite um juízo de valor que depende da perspectiva de classe de quem julga, porque os valores, nos contornos de uma sociedade capitalista, são de classe.

Dessas considerações resulta que a reflexão pedagógica é judicativa, porque julga a partir de uma ética que representa os interesses de determinada classe social.

É também teleológica, porque determina um alvo onde se quer chegar, busca uma direção. Essa direção, dependendo da perspectiva de classe de quem reflete, poderá ser conservadora ou transformadora dos dados da realidade diagnosticados e julgados. (COLETIVO DE AUTORES, 1994, p. 14-15).

Visto dessa forma, é válido que o professor ao elencar os conteúdos pedagógicos para a proposta de ensino de sua disciplina deve considerar os elementos que possam contribuir significativamente para a formação intelectual dos seus alunos. Para isso, deve-se realizar diagnósticos da conjuntura socioeconômica e cultural aos quais os alunos estão imersos, atribuindo valores a determinados temas considerando-os mais pertinentes para serem desenvolvidos dentro da realidade observada, procurando alcançar objetivos e metas, superando obstáculos, contribuindo assim no desenvolvimento da capacidade crítica e autônoma dos escolares empoderando-os para que sejam capazes de suplantar adversidades por estes observadas e vividas.

Sendo assim, os temas transversais se consubstanciam enquanto

[...] um conjunto de conteúdos educativos e eixos condutores da atividade escolar que, não estando ligados a nenhuma matéria particular, pode se considerar que são comuns a todas, de forma que, mais do que criar novas disciplinas, acha-se conveniente que seu tratamento seja transversal num currículo global da escola (YUS, 1998, p. 17).

Admite-se que tematizar saúde é promover a própria vida, pois inseridos estão na saúde todos os demais temas propostos pelo MEC, ou outros tantos que se poderia imaginar. Na clara compreensão de que saúde se configura enquanto o resultado de múltiplos determinantes, sejam eles sociais, culturais, econômicos, assim como os biofisiológicos e psíquicos, os quais se inter-relacionam e interdependentes são, colocando assim a saúde em local de merecido destaque, necessitando de uma atenção especial dos professores ao realizarem reflexões pedagógicas acerca desse tema tão contemporâneo e essencial à própria vida.

Certo disso, deve-se observar que na fala de todos os professores apresentados na tabela 02 há uma clara intenção de *empowerment*¹³ dos seus alunos, procurando muní-los intelectualmente, estimulando o desenvolvimento do potencial crítico, contribuindo assim para a formação e a capacidade destes em intervirem em sua realidade sociocultural e ambiental modificando-a qualitativamente contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde, e da qualidade de vida.

Em uma de nossas atividades de campo e posteriores discussões dentro do seminário central, concordamos, após diversas constatações – as quais já haviam sido observadas há algum tempo, visto fazemos parte do corpo docente (conforme informado na Introdução e na Metodologia), a clara resistência do corpo docente da nossa amostra em trabalhar coletivamente. Deliberamos então que a ação pedagógica deve procurar se desenvolver, preferencialmente, de maneira interdisciplinar, na qual duas ou mais disciplinas deem as mãos numa relação simbiótica onde cada uma mantém suas próprias características, mas voltadas para o mesmo objeto, produzindo uma ação comum (COIMBRA, 1985).

Concebido dessa forma, comungamos da ideia dos PCN do ensino médio, ao compreender que a interdisciplinaridade

[...] supõe um eixo integrador, que pode ser o objeto de conhecimento, um projeto de investigação, um plano de intervenção. Nesse sentido ela deve partir da necessidade sentida pelas escolas, professores e alunos de explicar, compreender, intervir, mudar, prever, algo que desafia uma disciplina isolada e atrai a atenção de mais de um olhar, talvez vários. Explicação, compreensão, intervenção são processos que requerem um conhecimento que vai além da descrição da realidade mobiliza competências cognitivas para deduzir, tirar inferências ou fazer previsões a partir do fato observado (Parâmetros Curriculares Nacionais – Ensino Médio. Brasília: MEC, 2002, p. 88 e 89).

A própria rede estadual de educação de Sergipe em seu documento oficial intitulado Referencial Curricular da Secretaria de Educação do Estado de Sergipe, defende que “[...] a interdisciplinaridade exige cooperação e diálogo entre as disciplinas, que norteia e orienta as ações interdisciplinares” (SERGIPE, 2002, p. 17).

Corroborando essa informação concordamos que,

¹³ Empoderamento é a tradução do termo inglês *empowerment*, o qual denota o processo pelo qual cidadãos comuns são munidos em prol de sua libertação intelectual. Citado no American Heritage Dictionary Book of English Usage “We want to empower ordinary citizens”.

[...] a interdisciplinaridade, esforça os professores em integrar os conteúdos da história com os da geografia, os de química com os de biologia, ou mais do que isso, em integrar com certo entusiasmo no início do empreendimento, os programas de todas as disciplinas e atividades que compõem o currículo de determinado nível de ensino, constatando, porém, que, nessa perspectiva não conseguem avançar muito mais (BOCHNIAK, 1998, p. 21).

Feito isso, indagamos qual a compreensão dos professores acerca da interdisciplinaridade e em seguida questionamos se estes se propunham em trabalhar coletivamente procurando apresentar o conhecimento como um todo constituído a partir de suas partes. Tais dados são apresentados na tabela 03, a qual nos traz dados quantitativos referentes como os professores concebem a interdisciplinaridade.

Quadro 03: Compreensão dos Professores da Pesquisa acerca das Características da Interdisciplinaridade.

Características da Interdisciplinaridade	Professor	
	Sim	Não
Integração Multidisciplinar	A1 ¹ , A1 ² , A2 ¹ , A2 ² , A3, B1, B2, B3, B4 ¹ , B4 ² , C1, C2, C3	
Desconstrução do Tradicional	A1 ² , A2 ¹ , A2 ² , A3, B1, B3, B4 ¹ , C1,	A1 ¹ , B2, B4 ² , C2, C3
Convívio com o Diferente	A1 ¹ , A3, B3, B4 ¹ , C1,	A1 ² , A2 ¹ , A2 ² , B1, B2, B4 ² , C2, C3
Interdependência	A1 ¹ , A3,	A1 ² , A2 ¹ , A2 ² , B1, B2, B3, B4 ¹ , B4 ² , C1, C2, C3

Fonte: Dados da coleta de dados da pesquisa, 2016.

Percebe-se na análise dos dados apresentados no quadro acima, que há um certo desconhecimento dos professores, referente a uma conceituação do que é interdisciplinaridade, ou, talvez houve uma confusão de ideias por parte desses ao tentar conceituar o termo, assinalando os itens aos quais se referiam às características da prática interdisciplinar.

No entanto, se supõe que o maior problema se encontra no fato da não efetivação do trabalho coletivo pelos pares que compõem a encenação do ensino na escola, os professores. Afirmamos tal fato de forma enfática por termos acompanhado historicamente a resistência de muitos docentes em discutir com seus colegas, propostas que possam contribuir na melhoria do ensino da nossa escola, e quiçá despertar a necessidade de modificar sua própria prática

pedagógica – inclusive uma das características da interdisciplinaridade apontados por Ivani Fazenda (2008), e que, no entanto, a maioria dos docentes assinalaram que esta não se configurava enquanto uma atitude interdisciplinar.

Ainda no tocante às características da interdisciplinaridade, nos chamou a atenção o professor C1, que apesar de não concordar com o ‘Convívio com o Diferente’, ser uma das características da interdisciplinaridade, acrescentou à sua resposta que trabalhar interdisciplinarmente é defender a “Construção de novos saberes e diálogos permanentes com outros conhecimentos”, se comportando assim antagonicamente à sua própria afirmação.

Solicitamos ainda que os professores procurassem identificar ações interdisciplinares voltadas para a questão do ensino para a saúde em sua escola, apresentando-nos uma breve descrição sobre estas, caso fossem desenvolvidas.

Quatro professores relataram existir ações que, segundo os mesmos, apresentam características de atividades interdisciplinares.

O professor A1¹, em suas próprias palavras afirma que

Durante o ano letivo, é comum a promoção de eventos na área de Educação Física que envolvem atividades multidisciplinares, embora nem todos os docentes participem. Geralmente, as ações desenvolvidas nesses eventos são voltadas para a saúde. Os professores das áreas e os alunos são convidados para a organização do evento e cada um dá sua contribuição. Na sua realização, há palestras, competições, atividades lúdicas, apresentações artísticas, entre outros. Todas essas atividades, de um modo ou de outro, têm como objetivo principal a promoção da saúde.

Na fala do professor B4² observamos uma consonância com a fala do professor A1¹ ao nos relatar que observa nas ações da disciplina de Educação Física (A3), em especial a realização de seminários voltados para a temática da obesidade, uma preocupação com a saúde dos alunos, se configurando – segundo ele, enquanto ações interdisciplinares.

O C2 afirma que o que existe realmente são ações isoladas, com pouca frequência e voltadas principalmente para a área da saúde (acreditamos que estava se referindo à questão preventiva, como por exemplo os cuidados com a higiene, o sedentarismo e a alimentação), não especificando qual, ou quais as disciplinas que estariam mais engajadas nessas ações.

Já o próprio professor de Educação Física (A3), reconhece que já existem ações interdisciplinares direcionadas para a promoção da saúde, em específico direcionadas ao empoderamento dos discentes ao relatar que:

No ano de 2016 desenvolvemos um simulado integrando todas as disciplinas. No entanto, ainda não existe nenhuma ação direcionada especificamente para a saúde com cunho interdisciplinar. Existem sim, ações isoladas e unidisciplinares, dentro da Educação Física.

Observemos que o mesmo professor classifica as ações de sua própria disciplina enquanto intervenções isoladas, mas como podemos perceber na já citada fala do professor A1¹ “Os professores das áreas e os alunos são convidados para a organização do evento e cada um dá sua contribuição”.

É notória a concepção de funcionalidade para a manutenção de níveis de saúde atribuída à Educação Física. Delega-se a esta, através da orientação para a prática de exercícios físicos e esportes o estímulo para a adoção de um estilo de vida saudável. Pode-se compreender essa funcionalidade preventiva associada também a própria disciplina de Biologia, a qual é incumbida de tematizar as questões voltadas para saúde sexual e reprodutiva, fisiologia e nutrição, entre outros – mas que não foram citadas pelos professores, provavelmente por não se exporem publicamente nos espaços de maior visibilidade da escola, como os pátios por exemplo.

Não se discordou desses preceitos mencionados por alguns professores atribuindo à disciplina de Educação Física a incumbência dos cuidados com a saúde biológica. No entanto, torna-se necessário enfatizar que não se trabalha meramente com um organismo, mas com toda uma gama de diferentes esferas e toda uma simbologia expressada por este que é o corpo (BRASIL, 1996).

Na tentativa de se compreender a fala dos respectivos colegas ao conceber ações isoladas de uma disciplina específica, onde os demais colegas simplesmente contribuem concedendo seus horários para a realização de determinadas atividades, torna-se necessário atentar-se para não cair na ingenuidade epistemológica de classificar ações isoladas com intervenções interdisciplinares.

Percebe-se um desmonte no ensino, processo metodológico o qual cristaliza a ideia que cada disciplina teria seu bojo específico de trato com o conhecimento. Nesse paradigma rompem-se todas as barreiras que separam especificidade e especialização. Sendo assim, o ensino para a saúde seria responsabilidade exclusiva das disciplinas de Biologia e Educação Física, ou poderia aparecer esporadicamente em esparsas situações pedagógicas de algumas outras, remetendo novamente para a superespecialização do conhecimento?

Conhece-se esse fenômeno enquanto paradigma cartesiano-newtoniano, ao qual é atribuída a responsabilidade de desencadear a divisão do conhecimento em infinitas especializações, promovendo assim uma visão mecânica de mundo, de sociedade, de homem.

No entanto, Torres Santomé aponta que “[...] não temos mais que dividir a realidade em compartimentos impermeáveis ou plataformas correspondentes às fronteiras aparentes de nossas disciplinas científicas; pelo contrário, vemo-nos compelidos a buscar interações e mecanismos comuns”. (1998, p. 50)

Visto dessa forma:

A interdisciplinaridade não dilui as disciplinas, ao contrário, mantém sua individualidade. Mas integra as disciplinas a partir da compreensão das múltiplas causas ou fatores que intervêm sobre a realidade e trabalha todas as linguagens necessárias para a constituição de conhecimentos, comunicação e negociação de significados e registro sistemático dos resultados. BRASIL (1999, p. 89).

Pois a interdisciplinaridade:

Não é apenas uma proposta teórica, mas sobretudo uma prática. Sua perfectibilidade é realizada na prática; na medida em que são feitas experiências reais de trabalho em equipe, exercitam-se suas possibilidades, problemas e limitações. É uma condição necessária para a pesquisa e criação de modelos mais explicativos desta realidade tão complexa e difícil de abranger (TORRES SANTOMÉ, 1998, p. 67).

À guisa de tais dados referentes à dificuldade de articulação teoria-prática dos professores referente ao trabalho coletivo, interdisciplinar, considera-se pertinente observar sobre a necessidade das instituições de ensino superior repensarem os currículos dos seus cursos de formação de professores - as licenciaturas, procurando talvez introduzir nas disciplinas pedagógicas reflexões sobre a prática Interdisciplinaridade em sua grade curricular, promovendo mais reflexões pedagógicas sobre a própria prática pedagógica do professor. Para os profissionais que já atuam na rede pública, estimular o desenvolvimento de políticas públicas de formação continuada de professores, fomentando a participação desses profissionais em cursos de capacitação, considerando ainda o avanço das tecnologias digitais e das plataformas tecnológicas, às quais possibilitam significativamente que o acesso ao conhecimento seja cada vez mais democrático.

Nos aparece aqui uma inquietação a qual nos leva a uma indagação: no tocante a formação continuada para professores, nos faltam opções ou nos sobra comodismo?

Na Fase de Ação, item a seguir, serão apresentadas algumas contribuições deliberadas coletivamente dentro do seminário central, estas encontram-se descritas por área do conhecimento, e se configuram enquanto propostas de alternativas pedagógicas para a implantação do ensino para a saúde no Colégio Estadual Manuel Bomfim e servem de espelho para que outras escolas da rede pública de educação do estado de Sergipe possam analisar a

ideia da presente pesquisa, e partindo da contribuição dos seus próprios professores consigam implementar sua própria proposta.

4.2 Fase de Ação - proposição de alternativas pedagógicas para a prática do ensino para a saúde

Uma das principais características da pesquisa-ação é o fato desta promover a produção de conhecimento pelo próprio coletivo da ação (pesquisador coletivo) onde é desenvolvida a intervenção metodológica, e este conhecimento supostamente servirá de mola-mestra para a melhoria da situação problema observada *a priori*.

Para a professora Maria Amélia Santoro Franco (2005, p. 490), os pressupostos epistemológicos desenvolvidos através da ação dialética caminham para a transformação da realidade sociocultural dos sujeitos, os quais apresentam como princípios fundamentais:

priorização da dialética da realidade social, da historicidade dos fenômenos, da práxis; das contradições, das relações com a totalidade, da ação dos sujeitos sobre suas circunstâncias; a práxis deve ser concebida como mediação básica na construção do conhecimento, pois por meio dela se veicula teoria e prática, pensar e agir, e pesquisar e formar; não há como separar sujeito que conhece do objeto a ser conhecido; o conhecimento não se restringe à mera descrição, mas busca o explicativo, parte do observável e, vai além, por meio dos movimentos dialéticos do pensamento e da ação; a interpretação dos dados só pode se realizar em contexto; o saber produzido é necessariamente transformador dos sujeitos e das circunstâncias.

No caso da educação, espera-se que essa produção de conhecimento, o qual incide em um conhecimento próprio acerca da situação *in locus*, uma escola por exemplo, possa ser utilizado para a melhoria e aprimoramento do processo de ensino. Pois a pesquisa-ação é “[...] uma estratégia para o desenvolvimento de professores e pesquisadores de modo que eles possam utilizar suas pesquisas para aprimorar seu ensino e, em decorrência, o aprendizado de seus alunos [...]. (TRIPP, 2005, p. 445).

Conforme descrito na seção Metodologia, a pesquisa-ação não apresenta um modelo rígido estabelecendo suas partes de desenvolvimento, sendo para Thiollent,

um grande desafio metodológico consiste em fundamentar a inserção da pesquisa-ação dentro de uma perspectiva de investigação científica, concebida de modo aberto e na qual ciência não seja sinônimo de positivismo, funcionalismo e de outros rótulos. (2011, p. 20).

Entende-se assim que a pesquisa-ação requer do pesquisador um maior compromisso e comprometimento com as partes que compõem o pesquisador coletivo, necessitando interação ideológico-epistemológica entre os participantes, se configurando como um dos princípios fundamentais e imprescindíveis para o desenvolvimento do método pesquisa-ação.

No entanto, alguns parâmetros norteadores devem ser considerados: um encadeamento lógico e cíclico se apresenta enquanto formatação básica da pesquisa-ação. Barbier (2007) aponta que ao pesquisador recai a obrigação de constantemente reavaliar os procedimentos da pesquisa-ação, observando a necessidade de retomar a ação a partir daquilo que Thiollent (2011) denomina por fase de ação.

Neste sentido, a professora Maria Amélia Santoro Franco (2005, p. 491),

o método deve contemplar o exercício contínuo de espirais cíclicas: planejamento; ação; reflexão; pesquisa; ressignificação; replanejamento, ações cada vez mais ajustadas às necessidades coletivas, reflexões, e assim por diante...

Diante do exposto, serão apresentadas a seguir as contribuições deliberadas coletivamente dentro do pesquisador coletivo por parte dos professores, as quais se apresentam enquanto ações de intervenção pedagógica pensadas para a implementação do ensino para a saúde no local de intervenção da nossa pesquisa.

Como se sabe, a proposta baseou-se na tentativa de desnaturalização da saúde, a qual procurou romper com o modelo hospitalocêntrico da relação saúde-doença adotando o modelo biopsicossocial, concebendo o ser em sua totalidade, tendo em mente que questões como interdisciplinaridade e integralidade são fundamentais para o processo de compreensão de totalidade do ser, desmontando assim a ilusão de saúde apenas como a isolada relação entre a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável, o que não significa que não consideramos imprescindíveis os avanços alcançados na área das ciências médicas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ampliando ainda mais a perspectiva de vida destas.

Para uma melhor compreensão, as propostas de ações deliberadas neste trabalho serão descritas por área do conhecimento, conforme orientações apresentadas para o trabalho pedagógico no Ensino Médio (BRASIL, 2010): Linguagens, Códigos e suas Tecnologias; Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias; Ciências Humanas e suas Tecnologias.

Bem, mas antes disso...

Numa das últimas reuniões do seminário central foi discutido sobre os possíveis impasses para o desenvolvimento da práxis pedagógica interdisciplinar voltada ao ensino para saúde, buscando assim consolidar ações na perspectiva de contributos para a melhoria do ensino

em nossa escola. Em consenso aceitou-se que uma das principais barreiras para a implementação do ensino para a saúde é a resistência que muitos colegas professores apresentam em trabalhar interdisciplinarmente.

Sabe-se que o Projeto Político Pedagógico (PPP) se configura enquanto norteador do trabalho docente dentro de uma instituição, e a própria LDB 9394/96 (BRASIL, 1996) em seus Art. 13 e 14 aborda a importância da participação não apenas dos professores, mas também da comunidade escolar na elaboração da proposta política e pedagógica de cada escola, a qual em sua elaboração deverá levar em consideração as questões pontuais de sua realidade escolar, assim como seu entorno socioeconômico e cultural.

Referente a esses dados, deve-se considerar no processo de elaboração do PPP que seus pressupostos se configurem,

no caráter de processo, de construção-reconstrução permanente e, assim, seus objetivos e resultados devem ser gradativos, mediatos e flexíveis; na necessidade de ser construído e desenvolvido com a participação da comunidade escolar que conhece sua cultura, seus problemas, suas expectativas, suas necessidades; na explicitação clara das suas metas e das condições objetivas, dadas para sua implementação, tanto no nível infra estrutural, quanto no que se refere aos denominados “recursos humanos”; na definição de uma equipe que coordene sua implementação e desenvolvimento, pois, embora toda a comunidade tenha responsabilidade para com o Projeto, é necessário que haja uma liderança zelando pela sua execução (OLIVEIRA, 2011, p. 46)

Observa-se que o referido autor exorta a necessidade da atuação da equipe diretiva, em especial da coordenação escolar na busca da promoção para a execução da proposta didático-pedagógica da escola, procurando mediar a ação dos diferentes professores. No PPP da escola amostra da nossa pesquisa encontramos a seguinte orientação referente à orientação para o trabalho docente no Ensino Médio:

Para o atendimento das finalidades do Ensino Médio, a Escola, nessa etapa de ensino, deve desenvolver atividades interdisciplinares que contemplam as diversas áreas do conhecimento, contribuindo para a escolha profissional dos estudantes e para a construção de seu projeto de vida. Considerando diferentes aspectos da vida pessoal, profissional, cultural e social dos jovens. (SERGIPE, 2016, p. 17).

Observe-se que os termos ‘atividades interdisciplinares’ aparecem enquanto uma necessidade da ação pedagógica do corpo docente o qual implica numa atitude política que poderá contribuir ‘para a escolha profissional dos estudantes e para a construção de seu projeto de vida’.

Sobre esses dados, Rousseau aponta que pouco importa caso

[...] se destine meu aluno à carreira militar, à eclesiástica ou à advocacia pouco me importa. Antes da vocação dos pais, a natureza chama-o para a vida humana. Viver é o ofício que lhe quero ensinar. Saindo de minhas mãos, ele não será, concordo, nem magistrado, nem soldado, nem padre; será primeiramente um homem. Tudo o que um homem deve ser, ele o saberá, se necessário, tão bem quanto quem quer que seja; e por mais que o destino o faça mudar de situação, ele estará sempre em seu lugar (ROUSSEAU, 1973, p. 15).

Por fim, ...

Na última reunião do seminário coletivo, realizada no final do ano letivo de 2016, deliberaram-se estratégias para o ano letivo 2017 as quais foram consideradas fundamentais para a implementação do ensino para saúde, procurando despertar a importância da prática interdisciplinar no trabalho pedagógico.

Essas contribuições se configuram enquanto ações pedagógicas para a implementação do ensino para a saúde, pensadas coletivamente e por área do conhecimento, e que por limitação político-pedagógica foram convencionadas em três por cada área, além de observações gerais acerca da comunidade escolar como um todo, as quais serão apresentadas ao final.

As contribuições serão descritas a seguir e logo após serão tecidos os devidos comentários e observações.

Linguagens, Códigos e suas Tecnologias

Promover diferentes experiências de leitura, interpretação e produção de textos ligados a temas contemporâneos, apresentando dessa forma diferentes interpretações de homem, de mundo;
Instrumentalizar os discentes para o conhecimento das mais diversas formas de linguagens e códigos, e como que estas podem influenciar em nossos níveis socioculturais;
Estimular a prática de exercícios físicos e esportes desmistificando-os enquanto únicos determinantes da saúde associados a alimentação saudável.

Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias

Despertar a curiosidade epistemológica frente aos aspectos biológicos enquanto uma manifestação intrínseca e fundamental para a existência da vida, e não apenas como os únicos determinantes da saúde;

Estimular o potencial investigativo dos discentes frente aos aspectos químico-físicos presentes nas diferentes relações, sejam elas sociais ou ambientais e como estas influenciam nos níveis de saúde das pessoas;

Enfatizar a importância da lógica matemática para compreensão da própria vida, compreendendo suas plurais relações de interdependência, seja física ou simbólica.

Ciências Humanas e suas Tecnologias

Discorrer sobre as evidências de como os aspectos histórico-geográficos contribuíram e ainda contribuem na separação sociopolítica das pessoas, desmitificando assim as diferenças enquanto aspectos naturais;

Compreender o empoderamento das pessoas a partir da apropriação do conhecimento enquanto fundamental para a diminuição das manifestações de preconceito e discriminação;

Apresentar como a luta de classes historicamente determinou a resistência em especial dos oprimidos acerca de quem manda e quem é mandado.

Ações Coletivas da Comunidade Escolar

Seguindo a mesma filosofia referente ao quantitativo de deliberação de ações por área do conhecimento, foram elencadas ainda três ações coletivas pelo corpo docente, voltadas agora para toda a comunidade escolar na busca da melhoria dos seus níveis de saúde como um todo, a saber: promoção de ações voltadas para a saúde de cunho interdisciplinar procurando abraçar o maior número possível de disciplinas, promovendo especificidade, evitando assim a superespecialização do conhecimento; promoção do estímulo às condutas de respeito mútuo entre a população escolar as quais são imprescindíveis para as relações sociais; estímulo a vinda de profissionais da saúde dentro do Programa Saúde na Escola fomentando assim a intersetorialidade enquanto contributo para a melhoria dos níveis de saúde da comunidade escolar.

Além disso, convencionamos em manter o simulado, aplicando-o ao final de todas as unidades dos conteúdos programáticos, e que fora classificado pelo professor A3 enquanto uma ação interdisciplinar na busca de instrumentalizá-los para a ascensão nos estudos direcionando-os para o ensino superior, bem como, estendê-lo para as demais séries do Ensino Médio, visto que inicialmente fora aplicado apenas nas turmas de 3^{as} séries. Aqui, poderíamos convencionar que o principal objetivo desta ação é o empoderamento dos escolares em busca de sua

autonomia, instrumentalizando-os para que possam ser capazes de intervirem criticamente em sua realidade modificando-a qualitativamente na busca de melhorias em sua qualidade de vida.

Observa-se na tomada de atitude dos professores ao proporem ações direcionadas por área do conhecimento a tentativa de implantação de uma postura político pedagógica voltada para a melhoria do ensino, em específico direcionado para a implementação do ensino para a saúde na perspectiva da desnaturalização desta, contemplando todos os seus determinantes sejam eles sociais, culturais ou físico biológicos.

Sendo assim, é possível afirmar que a atitude dos docentes em empreender no empoderamento dos seus discentes reafirma-se provavelmente como a mola-mestra do processo educativo que é o de promover que os sujeitos estejam em constante ‘subida de degraus’ em busca de sua autonomia, impactando diretamente em seus níveis de saúde, capacitando-os para que possam intervir criticamente em sua realidade socioeconômica na busca da melhoria de suas condições de vida.

Pois segundo Japiassu (1976, p. 75):

Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicos, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados. Donde poderemos dizer que o papel específico da atividade interdisciplinar consiste, primordialmente, em lançar uma ponte para ligar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas com o objetivo preciso de assegurar a um seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos.

Diante dos dados obtidos e devidamente analisados, acredita-se que o método pesquisa-ação consegue cumprir com aquilo ao qual se propõe, que é a capacidade de estimular o coletivo pertencente ao *locus* da intervenção realizar reflexões sobre sua própria situação, vislumbrando o problema detectado, procurando deliberar coletivamente ações que consigam modificar qualitativamente uma dada realidade, e no caso aqui em específico, contribuindo para a promoção da saúde na escola.

No próximo será realizada uma avaliação de todo o processo (Fase de Avaliação), trazendo provocações que consigam estimular o desenvolvimento de outras pesquisas voltadas para a ampliação do ensino para saúde nas escolas, compreendendo os elementos totalidade, interdisciplinaridade e integralidade.

PROVOCAÇÕES FINAIS – Fase de Avaliação

A educação decorre de um processo contínuo e de constante transformação, visto as ações humanas serem políticas, as quais consubstanciam as relações socioeconômicas, determinando a cultura e o ambiente. Pessoas não são estanques, somos dinâmicos, ação, reflexão, mudança, mas também podemos ser contentamento, estagnação, dormência, apatia, indiferença (GRAMSCI, 1917). Fazemo-nos e tornamo-nos humanos em contato com tantos outros, com os diferentes, com os pares. E é nesse contexto que contribuímos para que a história seja reconstruída, repensada, reelaborada, aqui e agora, nesse exato momento. E nós, assim nos tornamos, peças fundamentais dessa inacabável obra: a história humana.

Qualquer que seja a temática racionalmente pensada para implementação, contribuição ou melhoria, qualitativa ou quantitativa do processo de ensino no âmbito escolar, necessita acima de tudo que a ação dialógica dos seus pares, em especial os professores, seja efetivada pensando na promoção da igualdade, no respeito à diversidade e na permissão do encontro com o outro, com o diferente, onde ambos são específicos sem no entanto, promoverem a especialização, e que na coletividade consigam promover que o ser seja compreendido como um todo, reconhecendo sua unicidade em meio ao universo plural e diverso ao qual está socioculturalmente inserido.

Sendo assim, trabalhar com pesquisa-ação, método utilizado para o desenvolvimento da presente pesquisa, é promover a reflexão da ação pensada numa possibilidade de melhoria do contexto observado (ELLIOT, 1991), em especial quando a busca por essa suposta melhoria se apresenta enquanto um anseio político do coletivo local, cabendo ao pesquisador chefe da pesquisa estimular reflexões dentro do pesquisador coletivo, as quais resultem em ações capazes de promoverem as necessárias superações das situações-problema, promovendo assim o alcance dos objetivos elencados satisfazendo as expectativas da comunidade local.

Caracterizada por ser cíclica e apresentar uma abordagem em espiral, a pesquisa-ação requer constante reflexão sobre seu desenvolvimento (BARBIER, 2002), por isso se apresenta enquanto inovadora, contínua, participativa, intervencionista, deliberada, compreendida. Para isso, “Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação”. (TRIPP, 2005, p. 447).

No desenvolvimento da pesquisa-ação do presente trabalho conseguimos levar o corpo docente a deliberar ações que certamente contribuirão para a melhoria do processo de ensino,

especificamente no Colégio Estadual Manuel Bomfim. Voltadas para a implementação do ensino para saúde, foco da nossa intervenção, procurou-se conceber a saúde através do modelo biopsicossocial, compreendendo que no âmbito escolar, local de trato privilegiado com o conhecimento formal, cada disciplina deve manter sua individualidade epistemológica de trato com o conhecimento, estando no entanto, em constante diálogo interdisciplinar com seus diferentes - mas seus pares, as demais disciplinas, auxiliando assim na consubstanciação do entendimento por parte dos escolares acerca de uma visão macro sobre a saúde.

Não queremos, nem estamos aqui dando por acabada a necessidade da intervenção com a pesquisa-ação para a implementação do ensino para saúde no ensino médio das escolas da rede estadual de educação de Sergipe. Ao contrário disso, estamos acreditando talvez que, por termos dado um primeiro, mas importante passo para a compreensão da saúde através da sua desnaturalização, processo pelo qual considera todos os diferentes determinantes biopsicossociais enquanto contributos dos níveis de saúde das pessoas, entendemos ser imprescindível que outras pesquisas consigam transcender a linha delimitatória à qual conseguimos chegar.

Sendo assim, novas propostas de pesquisas que possam aplicar as supostas contribuições para a implementação do ensino para a saúde deliberadas no pesquisador coletiva dessa pesquisa, avaliando sua eficiência e eficácia e novamente retroalimentando o ciclo, propondo novas possibilidades de ações – mesmo estando certo que esse ciclo jamais será dado por acabado, visto a educação ser um produto contínuo, dinâmico e por si só inacabado, assim como nós que através desta nos tornamos seres humanos (FREIRE, 1996).

Nesta ótica, convém também ressaltar a importância da intersectorialidade, aqui em específico entre saúde e educação, uma das premissas do PSE e que também se configura enquanto fundamental à implementação do ensino para a saúde nas escolas, pensada enquanto estratégia político pedagógico da escola e não apenas enquanto visitas ocasionais (VASCONCELOS & SANTOS, 2016).

À guisa dessas informações, gostaríamos de aqui provisoriamente concluir realizando algumas considerações finais, descritas a seguir: 1. Como a reconstrução da história é uma constância na essência humana, convém aqui ressaltar que estamos atualmente vivendo dias de incertezas, dúvidas e inseguranças no âmbito escolar brasileiro (não são nessas situações que procuramos melhorar, reagir?), a Reforma do Ensino Médio recentemente aprovada pelo Senado a qual modifica radicalmente toda a estrutura do ensino médio no Brasil, e ao que nos parece tende a negar o todo e defender a especialização, que necessitaria repensar toda a ação desenvolvida no presente trabalho? 2. Na certeza de que passos devem ser dados, e que nem

sempre conseguimos alcançar todos os objetivos e metas almejados, gostaríamos de novamente enfatizar a necessidade de que outras pesquisas nessa mesma ótica sejam realizadas, as quais procurem promover a avaliação das ações deliberadas no pesquisador coletivo de nossa intervenção, e caso se faça necessário – e certamente fará, que outros pesquisadores possam repensar a ação (corroborando apenas a máxima da pesquisa-ação, a qual é a investigação-intervenção-avaliação?); 3. Por fim, que toda ação político-pedagógica seja cada vez mais concebida como uma intervenção coletiva, e que a escola pública, esse fantástico universo plural e diverso se consubstancie enquanto local de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v6n5/v6n5a05.pdf> >. Acessado em 02/12/2016.
- BACKES, M. T. S. ET AL. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **In: Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7.** Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf> >. Acessado em 20/09/2016
- BAPTISTA, M. G. A. **A concepção do professor sobre sua função social:** das práticas idealistas à possibilidade de uma ação crítica. 2008. 245f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008. Disponível em: < <http://www.ce.ufpb.br/ppge/Teses/teses08/MARIA%20DAS%20GRA%C7AS%20ALMEIDA%20BAPTISTA/Tese-Maria%20das%20Gra%E7as%20de%20Almeida%20Baptista.pdf> >. Acessado em 01/06/2016.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação.** Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.
- BARROS, J. A. C. Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o modelo biomédico? **In: Rev Saúde e Sociedade 11(1):67-84, 2002.** Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008 >. Acessado em 15/09/2016.
- BOCHNIAK, R. **Questionar o conhecimento: interdisciplinaridade na escola.** 2ª Ed. Editora Loyola: São Paulo, 1998.
- BRACHT, V. A prática pedagógica da educação física: conhecimento e especificidade. **Educação física & ciência:** cenas de um casamento (in)feliz. Ijuí: Ed. Unijuí, 1999. p. 41-54.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência nacional de saúde:** Relatório final. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acessado em 05/09/2016.
- BRASIL. **Constituição Federal do Brasil.** Brasília: 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acessado em 01/11/2013.
- BRASIL. Senado Federal. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional:** lei 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. Brasília: SENADO FEDERAL, 1997.

BRASIL. Secretaria de Ensino Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais:** temas transversais. Brasília: MEC, 1997b.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais:** educação física. Brasília: MEC / SEF, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Ensino Médio.** Brasília: Ministério da Educação, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Parâmetros Curriculares Nacionais – Ensino Médio.** Brasília: MEC/SEF, 2002

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Orientações Curriculares para o Ensino Médio:** Ciências da natureza, matemática e suas tecnologias. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 7, de 31 de março de 2007.** Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/rces007_07.pdf >. Acessado em 05/11/2015.

BRASIL. Ministério da Educação. SEB. **O novo ensino médio:** As novas diretrizes curriculares que mudam o ensino médio brasileiro. Brasília: MEC / SEF, 2010. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/encarte.pdf> >. Acessado em 01/09/2016.

BRASIL. Portal Brasil. **Expectativa de vida no Brasil sobe para 75,5 anos em 2015.** 2016. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015> >. Acessado em 05/12/2016.

BOUCHARD, C. ET AL. Exercise, fitness, and health: the consensus statement. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton JR, McPherson BD (org.) **Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge.** Champaign, Human Kinetics, 1990:3-28.

BUSS, P.M. Saúde e Qualidade de vida. In: COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. **Política de saúde e inovação institucional.** São Paulo: ENSP, 1996.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> >. Acessado em 10/02/2016.

_____. A Saúde e seus Determinantes sociais. In: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/A-Sa%C3%BAde-e-seus-Determinantes-Sociais.pdf> >. Acessado em 12/01/2016.

_____. Saúde pública hoje. In: HORTALE ET AL. **Pesquisa em Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

_____. Uma introdução ao conceito de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, M. F. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

COIMBRA, J. A. A. **O outro lado do meio ambiente**. São Paulo: Cetesb, 1985.

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do Ensino da Educação Física**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

COSTA, R. R. O programa saúde na escola: análise da implementação de uma política pública de educação. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Educação). Programa de Pós Graduação em Educação. Universidade Federal de Sergipe, 2013.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. In: **Cadernos de saúde pública**, 15(40): 701-710, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004 >. Acessado em 13/09/2016.

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, M. F. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

DARIDO, S. C. ET AL. A educação física, a formação do cidadão e os parâmetros curriculares nacionais. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo, v.15, n.1, p.17-32, 2001.

DAY, H.; JANKEY, S.G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. Thousand Oaks: Sage, 1996.

ELLIOT, J. Recolocando a pesquisa-ação em seu lugar original e próprio. In: GERALDI, C. M. G.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E. M. A. (Orgs.). **Cartografias do trabalho docente. Trabalho docente**. Campinas: Mercado da Letras, 1998.

FAZENDA, I. (Org.). **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Interdisciplinaridade: qual o sentido**. São Paulo: Paulus, 2003.

_____. Interdisciplinaridade-Transdisciplinaridade: Visões culturais e epistemológicas. In: **O que é Interdisciplinaridade?** FAZENDA, I. (Org.). São Paulo: Cortez, 2008.

FIGUEREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. In: **Ciênc. saúde coletiva vol. 15 n. 2. Rio de Janeiro Mar. 2010**. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015 >. Acessado em 10/03/2016.

- FOCESI, E. Educação em saúde: campos de atuação na área. **Rev. Bras. Saúde Esc.** 1990; 1: 19-21. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000087&pid=S1413-8123201000070009500001&lng=en >. Acessado em: 20/07/2016.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1996.
- _____. **A Importância do Ato de Ler**: em três artigos que se completam. 22 ed. São Paulo: Cortez, 1988. Disponível em: < http://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2014/10/importancia_ato_ler.pdf >. Acessado em 10/09/2016.
- _____. **Pedagogia da indignação**. São Paulo: UNESP, 2000.
- _____. In: Educação: mudando pessoas para transformar o mundo. **Escola Aberta**. 2013. Disponível em: <<http://www.escolaaberta.com.br/?p=7336>>. Acessado em: 20/05/2016.
- FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. In: **Educação e pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf> >. Acessado em 10/11/2016.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIL, P. **Sou como sou**. Preta Gil Vevo, 2016. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=fMhHDA3XEE> >. Acessado em 20/12/2016.
- GOUGH, I. **The political economy of the Welfare State**. London: Macmillan, 1979.
- GRAMSCI, A. **Concepção dialética da História**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- _____. **Os indiferentes**. 11 de fevereiro de 1917. Disponível em: < <https://www.marxists.org/portugues/gramsci/1917/02/11.htm> >. Acessado em 12/01/2017.
- Gutierrez M et al. Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In Aroyo HV e Cerqueira MT (eds.), 1996. **La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud em America Latina: un Analisis Sectorial**. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 114 pp.
- HEIDMANN, I.T. S. ET AL. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. In: **Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf> >. Acessado em 20/08/2016.
- HIPOCRATES. **Aforismos e sentencias**. MEC: Books from Uruguay, 2016. Disponível em: < http://www.edu.mec.gub.uy/biblioteca_digital/libros/h/Hipocrates%20-%20Aforismos%20y%20Sentencias.pdf >. Acessado em 10/08/2016.
- IERVOLINO, S. A. **Escola promotora da saúde**: um projeto de qualidade de vida. São Paulo: USP, 2000. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/pt-br.php> >. Acessado em 20/07/2016.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JESUS, A. T. **O pensamento e a prática escolar de Gramsci**. 2. Ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2005.

JUNIOR, L. S. M. S. Desconstruindo a definição de saúde. **In: Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM) jul/ago/set de 2004, pg 15-16**. Disponível em: < <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf> >. Acessado em 20/05/2016.

LALONDE, M. El concepto de campo de la salud: uma perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Promoción de la Salud: uma antologia**. Washigton: Opas, 1996.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA, G. Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez; 1985.

LIMA, W. G. Política pública: discussão de conceitos. In: **Interface (Porto Nacional), Edição número 05, Outubro de 2012**. Disponível em: < <http://www.ceap.br/material/MAT26022013171120.pdf> >. Acessado em 20/01/2017.

LUZ, T. M.; Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de as´ude no Brasil atual. In: PINEHRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e o cuidado à saúde**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: CEPSEC-UERJ, 2009.

MAI, L. D.; ANGERAMI, L. S. Eugenia negativa e Positiva: significados e contradições. **Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):251-8**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a15.pdf> >. Acessado em 01/09/2016.

MANACORDA, M. A. **Marx e a pedagogia moderna**. Tradução Newton Ramos de Oliveira. Campinas, São Paulo: Alínea, 2007.

MARCONDES, R. S. Educação em saúde na escola. **Rev Saúde Públ. São Paulo. 6:89-96, 1972**. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101972000100010 >. Acessado em 10/01/2016.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª Edição. São Paulo: Atlas, 2003.

MARX, K. Manuscritos econômico-filosóficos. Terceiro manuscrito. In: **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. Traduções de José Carlos Bruni. 2 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978a.

_____. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1984. v.1. Tomo 1.

_____. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1984. v.1. Tomo 2.

MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escolhidas**. Trad. José Barata-Moura. Lisboa: Editorial Avante!, 1983.

MARX, K.; ENGELS, F. **Textos sobre educação e ensino**. Campinas, SP: Navegando, 2011.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e as possibilidades dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/Aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 29-87.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; Org. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2009.

MICHAELIS. **Dicionário da língua portuguesa**. Editora Melhoramentos, 2017. Versão online. Disponível em: < <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=ostracismo> >. Acessado em 20/01/2017.

MORAES, M. C. Interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la educación. Fundamentos ontológicos y epistemológicos, problemas y prácticas. In: LA TORRE, S. ET AL. **Transdisciplinariedad y ecoformación: una nueva mirada sobre la educación**. Barcelona: Editorial Universitas, 2007.

MORIN, E. **Ciência com Consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):627-641, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf> >. Acessado em 20/07/2016.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde**: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.

NUNES, J. M.; INFANTE, M. Pesquisa-ação: uma metodologia de consultoria. **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/dydn3/pdf/amancio-9788575412671-10.pdf> >. Acessado em 20/05/2016.

OLIVEIRA, M. A. M; SOUZA, M. I. S; BAHIA, M. G. M. Projeto político pedagógico: da construção à implementação. In: OLIVEIRA, M. A. M. (Org.). **Gestão educacional: novos olhares, novas abordagens**. 8ª ed. Petrópolis: editora Vozes, 2011

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio econômicas: uma revisão da literatura. **Rev. Paul. Educ. Fís., São Paulo**, 14(1):97-106, jan./jun. 2000. Disponível em: < <http://www.esefap.edu.br/downloads/biblioteca/atividade-fisica-processo-sausedoenca-e-condicoes-socioeconomicas-uma-revisao-da-literatura-1254240452.pdf> >. Acessado em 10/06/2016

PENA, S. D. J. Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 1, p. 321-46, maio-ago. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/05.pdf> > Acessado em: 02/05/2016.

PETRY, A. R.; MEYER, D. E. E. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. In: **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 10, n. 1, p. 193 - 198, jan./jul. 2011. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7375/6434> >. Acessado em 20/11/2016.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; Org. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

PIVEN, F. F. & CLOWARD, R.; A. **Regulating the poor**. The functions of public. Welfare Vintage Books, 1972.

REBOLO, R. A.; O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. In: **Rev Scientle Studia. São Paulo**, v. 4, n. 1, p. 45-82, 2006. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/ss/v4n1/v4n1a02.pdf> >. Acessado em 10/06/2016.

ROUSSEAU, J. J. **Emílio ou da educação**. 2. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1973. SANTOS, B. S. **A Crítica da Razão Indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, M. F. O.; MOREIRA, M. S.; ROCHA, S. G.; VANESSA, F. R. A intersetorialidade como meio de superar desafios em educação em saúde. **Ver Bras Med Fam Comunidade**. Florianópolis, 2011, Out-Dez; 6[21]: 288-92. Disponível em: < <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/319> >. Acessado em 15/04/2016.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. In: **Rev. Saúde Pública**. 1997, vol.31, n.5, pp.538-542. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034->

89101997000600016&script=sci_abstract&tlng=pt >.
Acessado em 11/11/2016.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Educação. SEED/SE. **Referencial Curricular**. 2012. Disponível em: < http://seed.se.gov.br/arquivos/Referencial%20Curricular_23-07-12.pdf >. Acessado em 20/07/2016.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Educação. SEED/SE. Projeto Político Pedagógico do Colégio Estadual Manuel Bomfim. 2016.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: a trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC. 2ª Ed. 2005.

_____. Physis. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> >. Acessado em 02/09/2016.

_____. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**. **17(1):29-41, 2007b**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> >. Acessado em 01/09/2016.

SCIENTIFIC AMERICAN. **Organização Mundial de Saúde divulga estatísticas globais da depressão**. Disponível em: < http://www2.uol.com.br/vivermente/noticias/organizacao_mundial_da_saude_divulga_estatisticas_globais_da_depressao.html >. Acessado em 20/12/2016.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, **31 (5), 1997**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016>. Acessado em 05/08/2016.

SHIROMA, E. O. MORAES, M. C. EVANGELISTA, O. **Política educacional**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H. (Org.) The University at the Crossroad. New York: Henry Schumann Publiher, 1946.

SILVA, M. O. S. Origem e desenvolvimento do Welfare State. In: **Rev Políticas Públicas UFMA**, **2015**. Disponível em: < www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=32 >. Acessado em 10/08/2016.

SOMMERMAN, A. Complexidade e transdisciplinaridade. **NUPEAT–IESA–UFG**, **v.1, n.1, jan./jun., 2011, p.77–89, Artigo 7**. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/teri/article/download/14390/15316> >. Acessado em 11/11/2016.

SOUZA, C.; Políticas públicas: uma revisão de literatura. In: **Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf> >. Acessado em 20/01/2017.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.2, p. 286-90, ago. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n2/v30n2a08> >. Acessado em 15/12/2016.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas organizações**. 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TORRES SANTOMÉ, J. **Globalização e interdisciplinaridade**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

TRINDADE, D. F. Interdisciplinaridade: um novo olhar sobre as ciências. In: FAZENDA, I. **O que é interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2008.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. In: **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3_ >. Acessado em 15/07/2016.

VASCONCELOS, C. A.; SANTOS, J. W. Educar para a Saúde no Século XXI: Falas de Professores. In: **Scientia Plena, Vol. 12, N. 11, 2016**. Disponível em: < <https://www.scientiaplenua.org.br/sp/article/view/2833> >. Acessado em 10/01/2017.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1977.

WHO, **Depression**. Media Centre. Reviewed. April 2016. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> >. Acessado em 10/05/2016.

WHO. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**: Constituição da organização Mundial da Saúde, 22/07/1948. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> >. Acessado em 20/06/2015.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO 1988. Declaração de Adelaide, pp. 19-30. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO. **Quality of life assessment: an annotated bibliography**. Geneva: World Health Organization; 1994. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/handle/10665/61629> >. Acessado em 01/12/2016.

WINSLOW, C. E. A. The untitled fields of public health. **Science**, v. **51**, n. **1306**, p. **23-50**, Jan. 1920.

YUS, R. **Temas transversais em busca de uma nova escola**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

APÊNDICE A – Questionários da Pesquisa

Questionário Inicial para formação do Pesquisador Coletivo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
PRO-REITORIA DE PÓS- GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE CIÊNCIAS E
MATEMÁTICA- PPGECIMA
MESTRADO EM ENSINO DE CIÊNCIAS E MATEMÁTICA
ORIENTADOR: PROF. PhD CARLOS ALBERTO VASCONCELOS
JOSÉ WILDSON DOS SANTOS
ENSINO PARA SAÚDE EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE
SERGIPE

Questionário

Prezado Professor!

Este questionário tem por objetivo selecionar professores para atuarem enquanto pesquisadores-colaboradores para a dissertação de mestrado ‘ENSINO PARA A SAÚDE EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE SERGIPE’. O senhor/senhora professor/professora pode contar com nosso sigilo em relação às respostas como um compromisso da nossa ação científica.

Identificação:

Nome: _____

Disciplina: _____

Questões

- 1) Caro professor/professora, quais seriam os possíveis motivos que poderiam mobilizar os docentes para a melhoria da qualidade do ensino em sua instituição?**

- 2) Como você concebe o trabalho interdisciplinar e transdisciplinar enquanto instrumental pedagógico para a melhoria do processo de ensino em sua instituição educacional?**

- 3) Quais seriam, a seu ver, os principais motivos que dificultam o trabalho coletivo em sua instituição de ensino:**

- 4) Você consegue visualizar uma ação praxiológica integrada entre todas as disciplinas voltadas para a questão do ensino para a saúde? Justifique.**

Questionário para a Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
PRO-REITORIA DE PÓS- GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE CIÊNCIAS E
MATEMÁTICA- PPGECEMA
MESTRADO EM ENSINO DE CIÊNCIAS E MATEMÁTICA
ORIENTADOR: PROF. PhD CARLOS ALBERTO VASCONCELOS
JOSÉ WILDSON DOS SANTOS
ENSINO PARA SAÚDE EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE
SERGIPE

Questionário

Prezado Professor(a)!

Este questionário tem por objetivo conhecer a opinião dos professores do Colégio Estadual Manuel Bomfim, vinculado à Secretaria Estadual de Educação do Estado de Sergipe, sobre questões de ensino e práticas pedagógicas voltadas para o ensino da saúde na rede estadual de educação. O senhor(a) professor(a) pode contar com nosso sigilo em relação às respostas como um compromisso da nossa ação científica.

Identificação:

Nome:

Disciplina:

QUESTÕES

1. Qual sua área de formação docente?

- a) Linguagens, Códigos e suas Tecnologias ()
- b) Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias ()
- c) Ciências Humanas e suas Tecnologias ()

2. Como o(a) senhor(a) concebe os termos Saúde e Promoção da Saúde?

3. O(a) senhor(a) aborda o tema transversal Saúde dentro dos conteúdos programáticos de sua disciplina? Poderia descrever sinteticamente como faz?

4. Pensando sobre a questão da Interdisciplinaridade, procure assinalar abaixo os itens que o(a) senhor(a) acredita que caracterizam uma ação Interdisciplinar:

- 1. () Integração multidisciplinar
- 2. () Desconstrução do tradicional
- 3. () Convívio com o diferente
- 4. () Interdependência
- 5. Outros. Poderia listar?

5. Caso em sua escola sejam desenvolvidas ações interdisciplinares poderia citá-las? Entre elas alguma é direcionada ao ensino para a saúde? Poderia resumidamente descrevê-la?

APÊNDICE B – Declaração da Instituição**DECLARAÇÃO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade Federal de Sergipe - UFS

Declaramos, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "**ENSINO PARA SAÚDE EM ESCOLAS DA REDE PÚBLICA ESTADUAL DE SERGIPE**", sob a responsabilidade do pesquisador **José Wildson dos Santos** (mestrando), sob a orientação do Prof. Dr. **Carlos Alberto de Vasconcelos** (NPGEICIMA), que o **Colégio Estadual Manuel Bomfim, inscrita no CNPJ nº 01.916.027/0001-91**, conforme Resolução CNS 466/12, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), além de zelar para que o pesquisador cumpra os objetivos do projeto, por meio de acompanhamento do curso de origem do(s) pesquisador(es) e relatório semestral enviado ao **CEP/UFS**.

De acordo e ciente,

Aracaju, ____ de setembro de 2015

Prof. (a) _____
CPF:

Ramon Vieira Dantas
Diretor (a)